|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　　　名 | |  | | 生年月日 | | | （和暦）  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 現　住　所 | | 〒  TEL（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 医籍登録番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | 医籍登録年月日 | | | | S･H･R　　　年　　月　　日 |
| 主たる勤務  先 | 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 担当する  診療科名 |  | | | | | | |
| 診療又は治療に従事した期間（※下記参照）及び病院等名称（5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載） | | 従事した期間 | | | 従事した主たる病院等の名称 | | | |
| ～  　　　　　～  　　　　　～  　　　　　～ | | |  | | | |
| 申請区分（※いずれかにチェック） | | □　難病指定医（専門医資格を有する）※１  □　難病指定医（WEB研修受講による）※２  □　協力難病指定医 ※２ | | | | | | |
| 指  定  要  件 | 専門医資格  (専門医資格を有する者のみ記載)※１ | 専門医の名称（有効期間） | | | | 専門医の認定機関 | | |
|  | | | | □　日本専門医機構  □　　　　　　　　　　　　　学会 | | |
|  | | | | □　日本専門医機構  □　　　　　　　　　　　　　学会 | | |
| WEB研修受講  （専門医資格を有さない者のみ記載）※２ | 研修名 | 兵庫県難病指定医研修（県ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞにおけるWEB研修） | | | | | |
| 受講年月日 | 年　　　月　　　日受講 | | | | | |

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師として指定を受けたいので上記のとおり誓約（該当する者に限る）し、申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

* 「診療又は治療に従事した期間」は、臨床医研修期間も含みます。また、難病以外の診療又は治療に従事した期間も対象となります。

**添付書類：① 医師免許証の写し**

**② 専門医に認定されていることを証明する書類の写し（※１）  
又は 兵庫県難病指定医研修　質問シート（※２）**