|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）**