

## 難病指定医 指定新規申請書

ふりがな 氏名	ひょうご たろう 兵庫 太郎	生年月日	(和暦) S 45年 1月 1日
現住所	〒 自宅住所を記載してください TEL ( 000-0000-0000 )		
医籍登録番号	第 123456 号	医籍登録年月日	S・㊦・R 7年4月28日
主たる勤務先	名称	〇〇内科クリニック	
	所在地	〒***-**** 芦屋市〇〇町〇〇 TEL ( 000-111-1111 )	
	担当する診療科名	内科	
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	
	H17年4月～現在	〇〇内科クリニック	
<p style="text-align: center;">5年以上の臨床経験を見ますので、直近から丸5年の状況を記載があれば、それ以前の勤務先や勤務状況の記載は必要ありません。</p>			
申請区分(※いずれかにチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 難病指定医(専門医資格を有する)※1 <input type="checkbox"/> 難病指定医(WEB研修受講による)※2 <input type="checkbox"/> 協力難病指定医※2		
指定要件	専門医の名称(有効期間)		専門医の認定機関
	〇〇〇〇専門医 (H31.4.1~R6.3.31)		<input checked="" type="checkbox"/> 日本専門医機構 <input type="checkbox"/> .....学会
	専門医資格を有する者のみ記載※1		<input type="checkbox"/> .....学会 <input type="checkbox"/> .....学会
	<p style="text-align: center;">専門医資格で申請の場合は、記載</p>		
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(県ホームページにおけるWEB研修)	
	受講年月日	令和 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。

〇年 〇月〇日

兵庫県知事 様

申請者氏名 兵庫 太郎

※ 「診療又は治療に従事した期間」は、臨床医研修期間も含まれます。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)