別紙様式第３号

難病 指定医

難病指定医等指定申請書(兼)経歴書

広島市長　様

　難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、次のとおり申請します。  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　 年　　　月　　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | | 難病指定医　　・　　協力難病指定医 | | | | | | | |
| ご住所  （自宅） | | 〒　　　　－ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | |  | | | 電話番号 | | －　　　－ | | |
| お名前 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | 年　齢 | | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 医籍登録 番号 | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録  年月日 | | 年　　 月　　 日 | | |
| 主に従事  している  医療機関 | | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | |
| 広島市　　　　　　区 | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | |
| 担当する 診療科名 |  | | | | | | |
| 診断・治療  に従事した  経歴及び  医療機関名  (過去5年分) | | 従事した期間 | | | | 従事した医療機関の名称 | | | |
| 年　　 月～　現在まで | | | |  | | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | |  | | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | |  | | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | |  | | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | |  | | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | |  | | | |
| （①、②のいずれか）  指定要件 | ①専門医の資格 | 専門医の 名称 |  | | 専門医の 認定機関  （学会名） | |  | | |
| 有効期間 | 年　 　月　 　日～  　　　年　 　月　 　日 | |
| ②研修 | □厚生労働省が行う難病指定医向けオンライン研修  □広島市以外の自治体が行う指定医研修  （ 　　県・政令指定都市） | | | 研修修了 年 月 日 | | 年　 　月　 　日 | | |

【次の書類を添付してください。】

１　医師免許証のコピー

２　専門医の認定を証明する書類の写し又は研修を修了したことを証明する書類の写し