

難病医療費助成 指定医 指定申請書兼経歴書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

(ふりがな)

医師氏名 印

住 所 〒

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、同法施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---------------|-------------------|---|---|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 新規 | ・ | 更新 | (更新の場合) 指定医番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | S | ・ | H | ・ | R | 年 | 月 | 日 | 性 別 | 男 | ・ | 女 | | | | | | | | |
| 医籍登録番号 | | | | | | | | | 医 籍 登 録 年 月 日 | S | ・ | H | ・ | R | 年 | 月 | 日 | | | |
| 申 請 区 分 | 難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| す① れ又 か② はを 記の 載い (※) | ① | 専門医の 資格の名称 | | | | | | | 専門医の 認定機関 (学会) | | | | | | | | | | | |
| | ② | 研 修 の 名 称 | | | | | | | 研 修 了 日 | S | ・ | H | ・ | R | 年 | 月 | 日 | | | |
| 国の難病医療費助成制度 の診断書の記載実績 | 有 (主な疾病名) 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる勤務先の 医 療 機 関 | 医 療 機 関 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 担 当 す る 診 療 科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 断 又 は 治 療 に 従 事 し た 期 間 | 従 事 し た 診 療 科 | | 従 事 し た 医 療 機 関 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類

1. 医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）
2. 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類の写し
又は難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
3. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 2 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 3 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 4 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |
| 5 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する診療科 | |

※「主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関」に記載することで、徳島県外の医療機関においても、難病医療費助成制度の支給認定申請に必要な診断書（臨床調査個人票）を作成することができます。