

指定医指定申請書兼経歴書

平成 年 月 日

福井県知事様

ふりがな
医師氏名 _____ 印

住 所 〒 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

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、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。

生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
医籍登録番号	第			号	医籍登録年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
申請区分 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 難病指定医 (新規用、更新用とも臨床調査個人票(診断書)の記載が可能) <input type="checkbox"/> 協力難病指定医 (更新用の臨床調査個人票(診断書)のみ記載が可能)								
① い す れ か を 記 載 ※	①	専門医の 資格の名称			専門医の 認定機関 (学会)				
		専門医の 有効期間							
②	②	研修の名称			研修 終了日	平成	年	月	日
		(※)上記①または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：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また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 (これ以外で勤務する場合、裏面に記載してください)	医療機関名								
	住 所		〒 _____						
	電話番号								
	担当する診療科名								

＜添付書類＞

1. 医師免許証の写し
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、または難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
3. 協力指定医の申請については、協力難病指定医の研修終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	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

○経歴書

※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。

診断または治療に 従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関等の名称
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		
合計従事期間		年 月
旧制度の特定疾患医療費助成制度の診断書記載実績について記載してください。		有（主な疾病名） 無

指 定 変 更 届 出 書

平成 年 月 日

福 井 県 知 事 様

指定医番号

医 師 氏 名

印

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について、
下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

(変更のある事項の□の中にレ印を付け、変更前、変更後の内容を記載してください。)

事項		<変更前>		<変更後>		
<input type="checkbox"/>	指定医 氏名					
<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)		〒 (電話番号)		
<input type="checkbox"/>	医籍登録 番号					
<input type="checkbox"/>	医籍登録 年月日	大 正 昭 和 平 成 年 月 日		大 正 昭 和 平 成 年 月 日		
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先の 医療機関	医療 機関名				
		住所	〒		〒	
	(主たる 勤務先の 医療機関 を変更し た場合、裏 面も御記 載くださ い。)	電話 番号				
		担当 診療科				

(備考)

1. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(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	

指定医指定更新申請書

平成 年 月 日

福井県知事様

指定医番号

医師氏名

印

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について、更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医		
①又は②のいずれかを記載	①	専門医の資格の名称		専門医の認定機関		
	②	研修の名称		研修修了日		
変更のある事にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名				
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)			
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号				
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関 (主たる勤務先の医療機関を変更した場合、裏面も御記載ください。)	医療機関名			
住所			〒			
電話番号						
担当する診療科						

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
2. 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（写し可）
3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(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	

様式第6号

辞 退 届

平成 年 月 日

福井県知事 西川 一誠 様

指定医番号

医 師 氏 名 印

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について、
下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
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	
辞退理由		