

指定医指定申請書（新規・更新）

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

申請者氏名

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、指定医の指定を受けたいので申請します。

指定医の種類 (該当するものに○)	難病指定医		協力難病指定医	
(フリガナ) 氏名			性別	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	
医籍登録年月日	年 月 日	医籍登録番号	第	号
担当する診療科名				
指定難病の診断を行う 医療機関	名称			
	所在地	〒 埼玉県		
	電話番号			
経歴に関する事項（過去5年間の主たる勤務先及び診療に従事した期間）				
主たる勤務先		期間（年 月～年 月）		
※別紙様式第1号「経歴書」に記載し、申請書と併せて提出してください。 (専門医の資格を証明する書類を提出する場合は経歴書の提出は不要です。)				
指定医の指定に関する事項（難病指定医は1又は2を記入、協力難病指定医は2を記入）				
1	専門医の資格の名称		認定機関（関係学会）加入状況	
	専門医の資格の名称	_____	認定機関名	_____
	登録等番号	_____	(学会名)	_____
	(取得年月)	年 月)	(加入年月)	年 月)
2	知事が行う研修会の受講状況			
	研修会名	修了日		
			年 月 日	

(注) 「指定難病の診断を行う医療機関」欄は、難病医療を行い得る県内の勤務先を記入すること。