

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）	
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 (取得年月 年 月)	_____	(学会名) (加入年月 年 月)	_____
2	専門医の資格の名称		認定機関名	
	専門医の資格の名称	_____	認定機関名	_____
	登録等番号 (取得年月 年 月)	_____	(学会名) (加入年月 年 月)	_____
知事が行う研修会の受講状況				
2	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。