

(表)

様式第1号

指定医指定申請書

* 事務局使用欄 *

(S ・ T ・ C)

--	--	--	--

佐賀県知事 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、下記のとおり、必要書類を添えて申請します。

申請日 年 月 日

申請区分 (いずれかに○)	難病指定医	協力難病指定医
------------------	-------	---------

氏名			電話番号	
現住所	〒			
生年月日	年	月	日	年齢 歳
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日
主たる勤務先の医療機関 (1か所)	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	担当する診療科			

①又は②のいずれかの□にチェックして記載してください。

難病指定医…①又は②を記入 協力難病指定医…②を記入

① <input type="checkbox"/>	専門医資格	専門医の名称		専門医の認定機関 (学会)	
		有効期間	～		
② <input type="checkbox"/>	研修受講日	年	月	日	

【添付書類】・医師免許証の写し(A4サイズに縮小)

・専門医資格証明書の写し(①の場合) ・研修受講証明証の写し(②の場合)

《注》 ①及び②等の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類(戸籍抄本等)の写しを添付してください。

裏面に続く

(裏)

診断又は治療に従事した期間及び医療機関等名称(5年以上従事した期間が必要)

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		
計 年 ヶ月	「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。	

指定医の実務経験(「5年以上従事した経験」の考え方)

(1)規則第15条第1項に規定する「診断又は治療に従事した経験」(以下「実務経験」という。)は、医療機関等において行った患者の診断又は治療(難病に対する診断や治療に限らない。)をいうものであること。

(2)実務経験の期間については、以下のとおりとすること。

- ① 主として患者の診断又は治療に当たっていた期間を対象とするものとし、診断又は治療に全く当たっていない期間を除くこととすること。
- ② 第2の1のとおり、臨床研修の期間を含むこととすること。
- ③ 診断又は治療に関して行われる症例検討会等への参加、保健所における相談業務等に従事した期間、外国留学等外国において患者の診断又は治療に当たった期間など、患者の診断又は治療に関係する業務等に従事した期間については、これを含むものとする。

主たる勤務先以外に勤務をすることがある医療機関

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	