

青森県知事

殿

申請者氏名

印

指定医指定申請書

指定医の指定を受けたいので、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、下記のとおり申請します。

記

指定医区分	難病指定医 ・ 協力難病指定医			
氏名			生年月日	年 月 日
住所	〒		電話番号	
医籍登録	登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日
主として指定難病の診断を行う医療機関	名称			
	所在地	〒	電話番号	
担当する診療科名				
過去5年間の診断・治療の従事歴	従事した期間		従事した医療機関の名称	
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	
	年 月	～	年 月	
専門医資格	資格の名称		認定機関(学会名)	
	登録番号		有効期限	年 月 日
知事が行う研修	研修の名称		研修の修了日	

注1 申請者の氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

2 経歴書、医師免許証の写し及び専門医の資格を有する場合にあつては専門医の資格を証明する書面を、専門医の資格を有しない場合にあつては都道府県知事が行う研修の課程を修了したことを証する書面を添付すること。

3 「過去5年間の診断・治療の従事歴」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

4 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。