

## 指定医指定申請書兼経歴書

香川県知事 殿

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 条の規定により、下記のとおり申請しま  
す。

申請日 年 月 日

ふりがな	かがわ たるう					氏名	香川 太郎	電話番号	087-831-1111		
住所	〒760-8570 高松市番町四丁目 1-10										
生年月日	昭和 ○○年○月○日										
医籍登録番号	○	○	○	○	○	○	医籍登録年月日	平成○○年○月○日			
申請区分 (いずれかに○ を付けてくださ い。)	難病指定医 ・ 協力難病指定医										
専門医資格 (注1)	専門医資格 の名称	(有効期限: 年 月)					認定機関 の名称				
研修状況 (注2)	研修の名称	平成 29 年度難病指定医等研修会 (主催者: 香川県)					研修の 修了日	平成 30 年 3 月 4 日			
主たる勤務先 の医療機関 (主として指定 難病の診断を行 う医療機関)	名称	医療法人社団さぬき かがわ病院									
	所在地	〒760-0017 高松市番町一丁目○-○									
	電話番号	087-831-1111									
	担当する 診療科	○○科、△△科									
経歴	診断又は治療に従事した期間(直近5年間)						従事した医療機関の名称				
		年 月 ~	年 月								
		年 月 ~	年 月								
		年 月 ~	年 月								
		平成 24 年 4 月 ~	平成 28 年 3 月			香川県立中央病院					
		平成 28 年 4 月 ~	平成 30 年 2 月			医療法人社団さぬき かがわ病院					
	計	5 年 11 か月									

(注1)「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

(注2)「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

## 【添付書類】

- 1 医師免許証の写し
- 2 専門医の資格を証明する書面(専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)
- 3 知事が行う研修の課程を修了したことを証明する書面(研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)