第16号様式

　　年　　月　　日

指定医指定更新申請書

香川県知事　殿

指定医番号

医師氏名

　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について更新したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第17条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | （主催者:　　　　　　　） | | | | 研修の  修了日 | | 年 　月 　日 | | |
| 変更のある事項に☑し、変更後の内容を記載してください。 | □ | | ふ り が な |  | | | | | | | | |
| 指定医氏名 |  | | | | | | | | |
| □ | | 連　絡　先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| □ | | 医　　　籍  登録番号 |  |  | |  | |  | |  |  |
| □ | | 医　　　籍  登録年月日 | 年　　　　月　　　　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 | |  | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 担当する  診　療　科 | |  | | | | | | |

（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　難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類、又は難病指定医の研修終了を証明する書類

２　協力難病指定医の更新申請の際は、協力難病指定医の研修終了を証明する書類

３　医師の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し