協力難病指定医用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | 7 | Ｃ |  |  |  |  |  |  |  |

**指定医指定申請書**（新規・更新）

年　　月　　日

相模原市長　あて

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 医籍の登録番号 | 第 |  | | | | | 号 | 医籍の  登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 主たる勤務先の  医療機関 | 名称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－  相模原市　　　区 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | |
| 担当する  診療科名 | |  | | | | | | | | | |
| 連絡先  ※どちらかにチェック | □　主たる勤務先と同じ | | | | | 〒　　　－ | | | | | | |
| □　主たる勤務先と異なる | | | | | （電話番号： | | | |  | | ） |
| 診断又は治療に  従事した期間  及び  医療機関の名称  ※５年以上の実務経験があることがわかれば可 | 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 | | | |  | | | |
| 年　　月 | | | ～ | 年　　月 | | | |  | | | |
| 申請区分 | 協力難病指定医 | | | | | | | | | | | |
| 指定開始希望日  ※新規申請の場合 | ※市から理由をお聞きすることがあります。 | | | | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 受講した  研修の名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 研修の修了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |

【添付書類】

１　医師免許証（又は医師資格証）の写し

２　協力難病指定医研修を修了したことを証明する書類