

難病指定医等指定申請書（更新）

年 月 日

三重県知事 あて

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項の規定による難病指定医の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

指定医の種類 (該当するものに○)	難病指定医		・	協力難病指定医	
主たる勤務先	名称				
	所在地	〒	—		
	電話番号				
診療科名					
指定医の指定に関する事項 (難病指定医は①か②のいずれかを記入、協力難病指定医は②を記入)					
①	専門医の認定機関		専門医の資格の名称		
	学会名等 _____	資格名 _____			
②	知事が行う研修会の受講状況				
	研修会名 (該当するものに○) 1. 難病指定医研修 2. 協力難病指定医研修	修了日	年	月	日
備考					

(注) 記載上の留意事項

主たる勤務先は、難病医療を行い得る県内の勤務先を記載すること。

- 【添付資料】①専門医の資格を証明する書面または研修の課程を終了したことを証する書面の写し
②医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し