**難病指定医指定申請書兼履歴書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | 生年月日 | | | | Ｔ  Ｓ　　　　 年　　　 　月　　　　日  Ｈ |
| 氏名 | | |  | | |
| 現住所 | | | 〒　　　　－ | | | | | | | |
| 医籍登録番号 | | | 第号 | | 医籍登録年月日 | | | | Ｓ ・ Ｈ　　 　年　　 月　　 日 | |
| 主たる勤務先 | 名称 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　　　－  神戸市  連絡先：　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | |
| 担当する  診療科名 | |  | | | | | | | |
| 診療又は治療に  従事した期間  （※下記参照）及び  病院等名称  （５年以上の診断、  治療経験が分かる内容を記載） | | | 従事した期間 | | | | 従事した主たる病院等の名称 | | | |
| ～  ～  ～  ～  ～ | | | |  | | | |
| 申請区分 | | | 難病指定医 | | | | | | | |
| 指  定  要  件 | | 専門医資格（資格を有する者のみ記載） | 専門医の名称（有効期間） | | | | | 専門医の認定機関 | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 研修 | 研修名 |  | | | | | | |
| 受講年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | |

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師として指定を受けたいので上記のとおり誓約（該当する者に限る）し、申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　宛

申請者氏名

* 「診療又は治療に従事した期間」は、臨床医研修期間も含みます。また、難病以外の診療又は治療に従事した期間も対象となります。

**添付書類： ①　医師免許証の写し**

**②　専門医に認定されていることを証明する書類の写し　又は　研修受講修了証の写し**