第１号様式

難病指定医（協力難病指定医）指定申請書兼履歴書

（宛先）名古屋市長

　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第６条第１項の規定による指定医の指定を受けたいため、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 申請日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 医籍登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | 医籍登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 主たる勤務先医療機関 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関コード | | ２ | ３ | １ |  |  |  | | |  |  |  |  |
| 担当診療科 | |  | | | | | | | | | | | |
| 診断又は治療に従事した  期間及び  医療機関名称 | | 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　～　　　　現在 | | | | | |  | | | | | | | |
| 計　　　　　　年　　　　　月 | | | | | | ※５年以上の実務経験があることが分かれば、全て  の経歴をご記載いただく必要はありません。 | | | | | | | |
| 申請区分  （いずれかに○） | | 難 病 指 定 医　　　・　　　協 力 難 病 指 定 医 | | | | | | | | | | | | | |
| ①②いずれかに記載 | ①  専門医資格 | 専門医名称 |  | | | | | 専門医  認定学会 | | |  | | | | |
| 有効  期間 |  | | | | |
| ②  研修 | 研修  名称 |  | | | | | 研修修了  年月日 | | |  | | | | |

※「専門医資格」又は「研修」のいずれかに記載し、医師免許証の写しとともに、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）又は研修修了を証明する書類（写し可）を添付してください。

|  |
| --- |
| 診断書（臨床調査個人票）を国データベース（難病DB）へオンライン登録するには、この申請とは別に難病DBのID・パスワードの発行が必要です。  詳しくは名古屋市公式ウェブサイトの難病指定医のページをご確認ください。（名古屋市　難病　IDで検索）  ※難病指定医の指定通知書と難病DBのID・パスワードの交付は別で行います。  ※既に他の自治体にIDが登録されている場合は、先に発行元の自治体に削除依頼をして下さい。削除されるまでは、重複エラーとなり、名古屋市で登録ができません。 |