

## 指定医等指定申請書兼履歴書

指定医の種類	難病指定医		
(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
医籍登録年月日	年 月 日	医籍登録番号	第 号
診療科名			
主たる勤務先	名称		
	所在地	〒 -	
	電話番号	- -	
履歴事項 (過去5年間の主たる勤務先：5年以上の医師経験がわかる内容を記載してください。)			
期間 ( 年 月 ~ 年 月)		主たる勤務先等	
年 月 ~	年 月		
年 月 ~	年 月		
年 月 ~	年 月		
年 月 ~	年 月		
年 月 ~	年 月		
計 年 ヶ月			
指定要件に関する事項	①専門医資格に関する事項 (専門医資格を有する者に限る。)		
	専門医等の名称		認定機関 (関係学会) 加入状況
	専門医の名称 _____ 登録等番号 _____ (有効期間 _____)	認定機関名 (学会名) _____	
	専門医の名称 _____ 登録等番号 _____ (有効期間 _____)	認定機関名 (学会名) _____	
	②知事が行う研修に関する誓約事項 (専門医資格を有しない者に限る。)		
指定医申請にあたって、平成29年3月31日までに知事が行う研修を受講することを誓約します。			
難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により難病指定医等の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。			
(宛先) 鳥取県知事		年 月 日	
		氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、自署又は記名押印のいずれかとする。
2. 主たる勤務先は、難病医療を行い得る勤務先を記載すること。
3. 添付書類：医師免許証の写し及び専門医資格を証明する書類の写し (専門医資格がある方のみ)