

## 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	〒 ー 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	<input type="checkbox"/> 主たる勤務先と同じ → 〒 ー <input type="checkbox"/> 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		
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