


指定医指定申請書兼経歴書

山梨県知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請日 平成 年 月 日

氏名	山梨 富士雄 	電話番号	055-223-●●●●		
		メールアドレス	Kenko-zsn@●●●●.jp		
現住所	〒400-8501 山梨県甲府市丸の内1-6-1				
生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	年齢	●●歳	性別	男・女
医籍登録番号	第 ●●●●●● 号	医籍登録年月日	昭和●●年 ●月 ●日		
主たる勤務先の医療機関	名称	福祉保健部健康増進病院			
	所在地	甲府市丸の内1-●-●			
	電話番号	055-223-●●●●			
	担当する診療科名	●●科			
診断又は治療に 従事した 期間及び 病院等名称	従事した期間	従事した病院等の名称			
	H21年4月 ~ H26年8月	福祉保健部健康増進病院			
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
	計 年 ヶ月				
申請区分	難病指定医		協力難病指定医		
専門医資格	専門医の名称	●●科専門医	専門医の 認定機関	日本●●学会	
	有効期間	平成●●年●月●日 ~平成●●年●月●日			
知事が行う 研修	研修名称		研修修了 年月日	年 月 日	
	現行の国の難病医療費助成の診断書の記載実績		有(主な疾病名 無		

(注) 記載上の留意事項

- 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
- 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。
- 「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに記載をお願いします。

研修開催の予定については、
決定後、ホームページで確認
できます。