**協力難病指定医指定申請書兼履歴書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | TS　　　 　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）及び病院等の名称（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 | 協力難病指定医 |
| 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**