

29 神 医 第 140 号
平成 29 年 4 月 24 日

神奈川県難病指定医（指定希望医） 殿

神奈川県医師会
会長 古 谷 正 博
(公印省略)

難病指定医研修会開催について（お知らせ）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃より本会事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

平成 27 年に施行された難病の患者に対する医療等に関する法律により、特定医療費支給認定申請の際に難病患者が提出する臨床調査個人票は、都道府県知事の定める難病指定医が作成したものでなければならぬとされたことはすでにご存じのとおりであります。

指定医の指定を希望する医師のうち、専門医の資格を持たない医師については、指定要件を満たすため都道府県が開催する研修を受講することが定められております。

つきましては、下記日程のとおり研修を開催致しますので、別紙申込書に受講日のご希望を記載の上、FAXにてお申し込みくださいますようお願い致します。

受付が済み次第、受講決定通知書を先生方にお送りします。

記

日時： 平成 29 年 5 月 21 日（日） 9 時 30 分～12 時まで
場所： 神奈川県総合医療会館（7 階講堂）〈予定〉

以上

お問い合わせ先
地域保健課 担当：小林
横浜市中区富士見町 3-1
TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464
E-mail y-kobayashi@kanagawa.med.or.jp

別紙

平成29年度神奈川県難病指定医研修 申込書

研修日 平成29年5月21日(日) 9時30分～12時
研修場所 神奈川県総合医療会館(横浜市中区富士見町3-1)
申込期間 平成29年4月27日(木)～5月18日(木)
申込先 神奈川県医師会 地域保健課 小林あて
TEL 045-241-7000

今年度これ以降の開催日は現在のところ未定です。
昨年度受講できなかった方は、
ぜひ今回受講されますようお願い致します。

FAX番号 045-241-1464

(ふりがな) 受講者氏名										
研修日	平成 29 年 5 月 21 日									
難病指定医番号										
指定年月日	平成		年			月		日		
生年月日	昭和	年		月		日	性別	男・女		
専門医の資格	有 (専門医) ・ 無 ※専門医の資格をお持ちの方は、研修会受講が不要となる場合がありますので、別途お問い合わせください。									
主たる 勤務先	名称									
	住所									
	電話									
	FAX									