(様式第２号)

難病医療協力病院指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

群馬県知事　　　　　あて

開設者（所在地）〒

　　　　　　＊法人にあっては、

主たる事務所所在地

（氏 名） ＊法人にあっては、　　　　　印

　　　　　　　　名称及び代表者の職 氏名

難病医療協力病院の指定について、下記のとおり申請します。

記

**１　医療機関の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　称 |  | |
| 所　在　地 |  | |
| 電 話 番 号 |  | |
| 管理者（役職・氏名） |  | |
| 事務担当者所属・  役職・氏名 |  | (E-mail) |

**２　申請疾患分野　＊申請する疾患分野に○をして下さい。（複数可）**

なお申請分野については、担当責任者を必ず記載してください。また、指定にあたり特記することが

あれば、備考欄に記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊申請  分野 | 疾 患 分 野 | 担当責任者（医師名） ＊必須 | | 備考（指定にあたり、特記することがあれば記載してください。） |
| 役　職 | 氏　名 |
|  | 1. 消化器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 神経・筋疾患 |  |  |  |
|  | 1. 免疫性疾患 |  |  |  |
|  | 1. 血液系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 循環器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 呼吸器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 皮膚･結合組織疾患 |  |  |  |
|  | 1. 内分泌系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 腎・泌尿器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 骨・関節系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 視覚系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 代謝系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 耳鼻科、聴覚・   平衡機能系疾患 |  |  |  |

＊難病医療協力病院指定後は、医療機関名及び担当責任者名等を一覧にまとめ、各医療機関に周知する

ことで、円滑な連携を図ります。

**【 誓約項目 】**

**次の①～④の項目について誓約の上、難病医療協力病院の指定を申請します。**

1. 難病医療協力病院としての役割を担うことができる。
2. 診断医療機関、かかりつけ医療機関との連携のもと難病患者の診療を行う。
3. 難病指定医または協力難病指定医がいる。（疾患分野は問わない。非常勤でも可。）
4. 指定申請にあたり院内に周知し、担当医からコンセンサスを得ている。