

28 神 医 第 1141 号
平成 28 年 10 月 13 日

神奈川県難病指定医 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ないとされたことはすでにご存じのとおりであります。

すでに指定医とされている医師及び新たに指定医師申請をする医師のうち、専門医の資格を持たない医師については、平成 29 年 3 月末までに、都道府県が開催する研修を修了することを前提に臨床個人票が作成できると、経過措置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。

こちらで受講決定日を決定次第、受講決定通知書を先生方にお送りします。

記

- ① ~~平成 28 年 11 月 3 日 (木・祝日)~~ 済
- ② ~~平成 28 年 12 月 18 日 (日)~~ 済
- ③ ~~平成 29 年 1 月 8 日 (日)~~ 済
- ④ ~~平成 29 年 2 月 5 日 (日)~~ 済
- ⑤ 平成 29 年 3 月 20 日 (月・祝日)

時間： 各回とも 9 時 30 分～12 時まで

場所： 神奈川県総合医療会館 (7 階講堂)

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28年度神奈川県難病指定医研修 申込書

- 研修日 ① 平成28年11月3日(木・祝日) 済
 ② 平成28年12月18日(日) 済
 ③ 平成29年1月8日(日) 済
 ④ 平成29年2月5日(日) 済
 ⑤ 平成29年3月20日(月・祝日) 各回とも9時30分～12時
 ※いずれか1日のみ、下記希望日欄に受講希望日をご記載ください。

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28年10月17日(月)～12月16日(金)

申込先 神奈川県医師会 地域保健課 小林あて

TEL 045-241-7000

FAX番号 045-241-1464

(ふりがな) 受講者氏名										
研修希望日	第1希望	平成	年	月	日					
	第2希望	平成	年	月	日					
	第3希望	平成	年	月	日					
難病指定医番号	1	4	P							
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 (市町村のみ)	市								
	電話									
	FAX									