

山口県アレルギー疾患医療認定制度認定申請書

山口県知事 様

山口県アレルギー疾患医療認定制度実施要綱第5条第1項に規定するやまぐちアレルギードクター（やまぐちアレルギーサポートスタッフ）の認定を受けたいので、同項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、認定を受けた場合は、同要綱第4条の責務を果たすとともに、別表に記載された項目について公表されることに同意します。

申請日 年 月 日

氏名			生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			
電話番号			メールアドレス	
勤務先の 医療機関等	名称			
	所在地	〒 山口県		
	電話番号			
	担当する 診療科名			
申請区分 ※どちらかに○	やまぐちアレルギードクター（医師）			
	やまぐちアレルギーサポートスタッフ（看護師、薬剤師、栄養士）			
認定要件 ※1～4のいずれかに○	1 協議会が実施する「山口県アレルギー疾患医療実践セミナー」の修了			
	修了日	年 月 日		
	2 アレルギー疾患医療拠点病院（山口大学医学部附属病院）が実施する「成人・小児アレルギー研修」の修了			
	修了日	年 月 日		
	3 以下の専門医資格の所持（医師のみ）			
① アレルギー専門医				
② 総合内科専門医、小児科専門医、皮膚科専門医、眼科専門医、耳鼻咽喉科専門医、呼吸器専門医のいずれか				
※②に該当する場合は以下のいずれかに該当すること				
・アレルギー疾患に係る診療経験が5年以上（診療経験： 年）				
・地域の二次救急医療機関等との連携が図られている（連携医療機関等名： ）				
4 以下の資格等の所持（看護師、栄養士のみ）				
① 小児アレルギーエデュケーター				
② 食物アレルギー管理栄養士				
※当該資格等に係る勤務年数が5年以上（勤務年数： 年）				

(※) 認定要件1及び2の修了日は前回認定日から3年以内

【添付書類】

※表面の認定要件が1の場合

- ・ 診療項目等一覧表【別表】（* 1）
- ・ 該当職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の免許状等の写し（* 2）

※表面の認定要件が2の場合

- ・ 診療項目等一覧表【別表】（* 1）
- ・ 該当職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の免許状等の写し（* 2）
- ・ 研修の修了を証明する書類の写し（* 3）

※表面の認定要件が3又は4の場合

- ・ 診療項目等一覧表【別表】（* 1）
- ・ 該当職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の免許状等の写し（* 2）
- ・ 所有する資格等（専門医等）を証明する書類の写し（* 4）

（* 1）公表している内容と変更がない場合は省略可

（* 2）前回の申請時から変更がない場合は省略可

（* 3）前回の認定日から3年以内に修了した研修であること

（* 4）所有する資格等は更新後の認定開始日に有効であること