

【記入例】

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 R3年 1月 20日

氏名	山口 太郎	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
現住所	〒753-8501 山口市滝町1-1		
電話番号	083-933-2958	メールアドレス	a15200@pref.yamaguchi.lg.jp
勤務先の 医療機関等	名称	山口県健康増進課	
	所在地	〒753-8501 山口市滝町1-1	
	電話番号	083-933-2958	
	担当する 診療科名	内科	
申請区分 ※どちらかに○	<input type="radio"/>	やまぐちアレルギードクター（医師）	
	<input type="radio"/>	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○	<input type="radio"/>	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	令和3年 1月 17日
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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： ）	
	<input type="radio"/>	4 以下の資格等の所持（看護師、薬剤師、栄養士）	
		① 小児アレルギーエドゥケーター	
		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）	

色付きの欄に住所等の記入をお願いします。

認定要件は右記のうち1つに○をつけてください（項目ごとに修了日や勤務年数等の記載もお願いします。）

裏面の添付書類についてもご確認いただき、添付をお願いします。

【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】
- ・ 該当職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の免許状等の写し

※表面の認定要件が2の場合

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

※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】
- ・ 該当職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士）の免許状等の写し
- ・ 所有する資格等（専門医等）を証明する書類の写し