

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

福山市長様

(ふりがな)
名前 _____
〒 _____
電話番号 (_____) _____
住所 _____

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の11の規定により、次のとおり申請します。

生年月日	年 月 日		
医籍登録番号		医籍登録年月日	
①又は②のいずれかを記載	専門医の名称		
	① 専門医の認定機関(学会)		
	専門医の有効期間	年 月 日	
	研修の名称		
	② 研修修了証番号		
	研修修了日	年 月 日	
※ 上記の①の欄は専門医要件で申請を希望する場合に、②の欄は研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。			
主たる勤務先の医療機関 (小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。)	医療機関名		
	所在地	〒 _____	
	電話番号		
	担当する診療科名		

添付書類

- 経歴書
- 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載のあるものは、裏面の写しも添付すること。）
- 専門医に認定されていることを証明する書類の写し（①の該当者のみ）
- 研修修了証の写し（②の該当者のみ）

(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

経 歴 書

※ 5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

年 月 日現在

ふ り が な		
名 前		
診断又は治療に従事した機関	従事した診療科	従事した医療機関
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合 計 期 間	計	年 月