

# 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

柏市長 あて

児童福祉法第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第7条の11の規定に基づき申請します。

申請日： 年 月 日

氏名		性別	男・女	生年月日	
現住所	〒			電話番号	
医籍登録番号		医籍登録年月日		昭和 平成	年 月 日
指定の要件	① 専門医資格	専門医の名称			専門医の認定機関(学会)
		専門医の有効期間	年 月 日	日まで	
	② 都道府県等が行う研修	研修名称			研修修了年月日
					年 月 日
※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載。②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。					
勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名				
	所在地	〒			
	電話番号				
	担当する診療科				
上記以外で医療意見書を作成する可能性のある医療機関 (※2)	医療機関名		電話番号		
	所在地		担当する診療科		
	医療機関名		電話番号		
	所在地		担当する診療科		
	医療機関名		電話番号		
	所在地		担当する診療科		
診断又は治療に従事した期間及び病院等の名称	従事した期間		従事した病院等の名称		
	年 月	～ 年 月			
	年 月	～ 年 月			
	年 月	～ 年 月			
	年 月	～ 年 月			
	年 月	～ 年 月			
	年 月	～ 年 月			
	計	年 か月			

(注)記載上の留意事項

※1. 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(診断書)を作成する主たる医療機関(柏市内の医療機関に限る)について記載してください。

※2. 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(診断書)を作成する可能性のある医療機関について記入してください。

※3. 「従事した期間」は、月単位で記載し、従事を開始した月の初日が毎月の1日出ない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記入してください。なお、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、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

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	