小児慢性特定疾病指定医申請書兼経歴書

年　　月　　日

高　知　市　長　様

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の規定に基づき次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | | 性別 | 生年月日 | | | 連絡先（電話番号） | | |
| 男・女 | 年　 月　 日 | | |  | | |
| 現 住 所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 医籍登録番号 | |  | | | | | 医籍登録年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| ①又は②の  いずれかを記載 | ① | 専門医の名称 | |  | | | | | 専門医の  有効期間 | | | 年　　月　　日 | |
| 専門医の認定機関（学会） | |  | | | | |
| ② | 研修の名称 | |  | | | | | 研修修了日 | | | 年　　月　　日 | |
| ※上記①又は②について，専門医要件で申請する場合は①を，指定医育成研修修了要件で申請する場合は②を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる勤務先の医療機関(※１)  (高知市内の医療機関) | | 名称 | | |  | | | | | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | 担当する診療科 | | | |  |
| 上記以外で意見書の作成をする可能性のある医療機関  (高知市内の医療機関) | | １ | 名称 | |  | | | | 電話番号 | | | |  |
| 所在地 | | 〒 | | | | 担当する診療科 | | | |  |
| ２ | 名称 | |  | | | | 電話番号 | | | |  |
| 所在地 | | 〒 | | | | 担当する診療科 | | | |  |
| 経　　歴  (※２) | | 診断又は治療に従事した期間 | | | | 従事した医療機関名 | | | | | | | 従事した診療科 |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | | |  | | | | | | |  |
| 合計期間 | | | | 計　　　　年　　　　か月 | | | | | | | |

(※１)　小児慢性特定疾病医療費の支給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を記載してください。

(※２)　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，全ての経歴を記載する必要は

ありません。

**☆添付書類　①医師免許証の写し**

**②専門医の認定を証明する書類の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書類の写し**