

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	高知 次郎		性別	生年月日	連絡先（電話番号）	
			(男) 女	××年×月×日	088-000-0000	
現住所	〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番地					
医籍登録番号	第〇〇〇〇〇〇号		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	総合内科専門医		専門医の 有効期間	
		専門医の認定 機関（学会）	日本内科学会			
	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。 経過的特例（平成29年3月31日までに研修修了予定）で申請する場合は①・②とも記載不要です。						
主たる勤務先の 医療機関(※1) <small>(高知市内の医療機関)</small>	名称		〇〇法人 〇〇病院			
	所在地		〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番地			
	電話番号			診療科	内科	
上記以外で意見書 の作成をする可能 性のある医療機関 <small>(高知市内の医療機関)</small>	1	名称	「主たる勤務先の医療機関」以外で、 高知市内の医療機関において、医療意 見書を作成する可能性がある場合は その医療機関を記載。高知市以外の 医療機関は高知県へ申請。	診療科		
		所在地		〒	診療科	
	2	名称			診療科	
		所在地		〒	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	
	H18年4月～H22年3月		△△病院		内科	
	H22年4月～H26年3月		□□病院		内科	
	H26年4月～現在 年 月		〇〇病院		内科	
	年 月～年 月					
	年 月～年 月					
	年 月～年 月					
	年 月～年 月					
合計期間			計 8年 10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