

（表）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

（宛先）

年 月 日

大津市長

児童福祉法第19条の3第1項の規定による指定医の指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請する指定医の種類		小児慢性特定疾病指定医		
ふりがな 氏 名		Ⓜ		性別
居 住 地		〒		
連絡先（電話番号）				
生年月日		年 月 日		
医籍の登録番号		医籍登録年月日		年 月 日
専門医の 資格の有無	有	認定機関（学会）名称		有効期間
				年 月 日まで
	無	都道府県が行う 指定医研修の名称		年 月 日まで
		修了日	年 月 日	
経 歴	診断又は治療に 従事した履歴	従事期間	従事した診療科	従事した医療機関名
		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	年 か月	
主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関	名 称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	担当する診療科			

- 注1 経歴欄に不足があるときは、別紙（様式任意）に記載してください。
- 2 児童福祉法施行規則第7条の11第2項の規定に基づき、必要な書類を添付してください。
- 3 医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載してください。
- 4 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

1	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	