

（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 | |
| | | | | 年 月 日まで | |
| | 無 | 都道府県が行う 指定医研修の名称 | | | |
| | | 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。

| | | |
|---|---------|---|
| 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 | |