

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

(宛先) 板橋区長

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 | |
| フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | 電 話 | |
| 医籍登録番号 | | | 医籍登録年月日 | 年 月 日 |
| 主たる勤務先の 医療機関 (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) | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| | 担当する診療科名 | | | |
| | ここに記入した以外にも勤務をすることのある医療機関があれば、裏面に記載してください。 | | | |
| 診断又は治療に 従事した期間、 診療科及び病院 等名称 | 従事した期間 | 従事した診療科 | 従事した病院等の名称 | |
| | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | |
| 指 定 要 件 | 専門医要件で申請をする場合は①を、研修終了要件で申請する場合は②を記入してください。 | | | |
| | ① | 専門医の名称 | | 専門医の 認定機関 |
| | | 有効期間 | | |
| | ② | 研修の名称 | | 研修終了 年月日 |

添付書類

1. 医師免許証の写し（裏面に書き換え等の記載のあるものは、裏面も添付してください）
2. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

記入上の注意事項

1. 氏名については記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
2. 従事した期間は月単位で記入し、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付きを算入せず、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、すべての経歴をご記入いただく必要はありません。

主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

(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を作成する可能性のある医療機関を記載してください)

| | | |
|---|----------|---|
| 1 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |
| | 担当する診療科名 | |
| 2 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |
| | 担当する診療科名 | |
| 3 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |
| | 担当する診療科名 | |
| 4 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |
| | 担当する診療科名 | |
| 5 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |
| | 担当する診療科名 | |