様式第１０号（第１１条関係）

小児慢性特定疾病指定医　指定申請書

年　　　月　　　日

（宛先）

松本市長

氏名

住所　〒

電話番号

　児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）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（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の１１規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |  | | |
| 医籍登録番号 | | |  | | 医籍登録  年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| ①又は②を  記載 | ① | 専門医の  名　　称 |  | 専門医の  認定機関 |  | 専門医の  有効期間 | 年　月　日まで |
| ② | 研修の  名　称 |  | | 研　修  終了日 | 年　　　月　　　日 | |
| ※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。 | | | | | | | |
| 主たる  勤務先の  医療機関  （※） | | | 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 担当する診療科 |  | | | |

※　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に

ついて記載してください。

添付書類

１　医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）

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

（第２面に続く）

（第２面）

○主たる勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

（第３面に続く）

（第３面）

経　歴　書

※　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、全ての経歴を記載い

ただく必要はありません。

年　　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | |  |
| 診断又は治療に  従事した期間 | 従事した診療科 | 従事した医療機関名 | |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 自　　　年　　　月 |  |  | |
| 至　　　年　　　月 |
| 合　　計　　期　　間 | | 計　　　　年　　　　か月 | |