

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

記入例

富山県知事 殿

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、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 令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名	富山 一郎		
現住所	〒930-8501 富山市新総曲輪1-7		
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
医籍登録番号	第〇〇〇〇〇〇号	医籍登録年月日	平成〇〇年 〇月 〇日
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	□□□病院	
	所在地	□□市□□12-34	
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	担当する診療科	〇〇〇科	
経歴事項 (過去5年間の診断又は治療に従事した期間および医療機関名等)			
従事した期間		従事した医療機関名	従事した診療科
平成27年 4月～平成29年 3月		〇〇病院	〇〇科
平成29年 4月～令和2年 3月		□□診療所	〇〇科
医師法に規定する臨床研修を受けている期間も含まれます		年 月	
年 月			
年 月～年 月		厚生労働大臣が定める学会が認定する専門医を記入してください	
計		5年 0か月	
①または②のいずれかを記載	①	専門医の名称	専門医の認定機関
	②	研修の名称	研修修了年月日
		有効期間	〇〇学会または日本専門医機構
		小児慢性特定疾病指定医育成研修	令和〇〇年 〇月 〇日

(注) 記載上の留意事項

- 主たる医療機関は、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について記載してください。主たる勤務先以外でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。
- ①または②の欄は、専門医要件で申請をする場合は①を記載、研修修了要件で申請をする場合は②を記載してください。

【添付書類】・医師免許証の写し (裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付してください)

- ・専門医の資格を証明する書面の写しまたは指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

(裏)

○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	□□□クリニック
	所在地	〒123-4567 □□市□□5678
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科名	〇〇〇科
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	