**小児慢性特定疾病指定医　指定申請書兼経歴書**

平成　　　　年　　　　月　　　　日

岡　 山　 市　 長　　　　様

　児童福祉法第１９条の３第１項の規定により、指定医の指定について以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | | | | |  | | | | | |
| 氏　　　名 | | | | |  | | | | | |
| 住　　　所 | | | | | 〒　　　－ | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | |  | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
| 医籍の登録番号 | | | | 第　　　　　　号 | | | 医籍の登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 専門医の資格の有無  （いずれかに○） | | 有 | | 認定機関（学会）加入状況 | | | | | 左記の学会での専門医の名称 | |
| 学会名  （加入年月　　　　　年　　　月） | | | | | 名称  （有効期限　　　　　年　　　月） | |
| 無 | | 都道府県等が行う  指定医研修の名称 | |  | | | | |
| 診断及び治療の  経験がある疾病名 | |  | | | | |
| 研 修 修 了 日 | |  | | | | |
| 履歴書 | 診断又は治療に従事した履歴  （注１） | | | 従事期間 | | | | 病院等名称 | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | | |
| 小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関（注２） | | | | 名　称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | |
| 担当する  診療科名 |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 指定通知の送付先  （どちらかに○） | | | １　医療機関あて　　　　　　　２　申請者住所あて | | | | | | | |

（注１）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、全ての経歴を記載しなくてかまいません。

（注２）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。

**＜添付書類＞医師免許証の写し、専門医資格を証明する書面の写し（専門医で申請する場合のみ）**

**指定医育成研修の修了を証明する書面の写し（研修修了後に申請する場合のみ）**

（裏面も記載してください）

（裏面）

○表面の勤務先以外に勤務し、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 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |