

小児慢性特定疾病指定医指定申請書 (新規・更新)

年 月 日

相模原市長 あて

医師氏名：

〒 ー

住 所：

電話番号：

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の規定により、次のとおり申請します。

生年月日	昭和 平成	年	月	日生				
医籍登録番号					医籍登録 年月日	年	月	日

どちらかを記載	①	専門医の 名 称		専門医の認定 機 関(学会)			
		専門医の 認定期間	年	月	日 ~ 年	月	日
	②	研修の名称		研修終了日	年	月	日

※ ①… 専門医要件で申請を希望する場合に記載してください。
※ 一般社団法人日本専門医機構が認定した基本領域18とサブスペシャリティ領域29が該当。
②… 研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。

主たる勤務先の 医 療 機 関 (勤務先が複数ある 場合は裏面に記載)	医療機関名	
	所在地	〒 ー
	電話番号	() ー
	担当する診療科	

※ 小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる市内の勤務先医療機関について記載して下さい。

【添付書類】

- 1 … 経歴書 (様式第2号)
- 2 … 医師免許証の写し (裏面に書換等の追記ある場合は裏面も添付すること)
- 3 … 専門医に認定されている事を証明する書類の写し、または指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

(裏 面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

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	