

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

栃木県知事様

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、同法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。

〇〇年〇月〇〇日

フリガナ		トチギ タロウ					電話番号		028-623-3086			
氏名		栃木 太郎					メールアドレス		nambyo@pref.tochigi.lg.jp			
現住所		〒320-8501 宇都宮市塙田1-1-20										
生年月日		昭和50年1月1日										
医籍登録番号		1	1	2	2	3	3	医籍登録年月日	平成14年10月1日			
①又は②のいずれかを記載※	①	専門医の名称	専門医の資格をお持ちの方は、①のみ記載してください。(複数回答可)				専門医の認定機関(学会)			専門医の有効期間	年 月 日迄	
	②	研修の名称	受講する指定医研修の名称を記載ください。(専門医の資格を有する方は、研修の受講は必要ありません)。					研修修了日			年 月 日	
※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載。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※1		医療機関名	〇〇病院									
		所在地	〒〇〇〇-×××× 〇〇市〇〇1-2-3									
		電話番号	〇〇〇-△△△-□□□□									
		担当する診療科	〇〇内科									
診断又は治療に従事した期間及び医療機関等名称※2	従事した期間			従事した医療機関名				従事した診療科				
	〇〇年〇月 ~ 〇〇年〇月			□□大学附属病院				〇〇内科				
	〇〇年〇月 ~ 〇〇年〇月			△△病院				内科				
	年 月 ~ 年 月											
	年 月 ~ 年 月											
	年 月 ~ 年 月											
	年 月 ~ 年 月											
	年 月 ~ 年 月											
合計期間		計 25 年 5か月										

※1 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。

※2 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、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

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

(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	◇◇クリニック
	所 在 地	〒〇〇〇－×××× 〇〇市〇〇1－2－3
	電 話 番 号	〇〇〇－△△△－□□□□
	担当する 診 療 科	〇〇内科
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	
6	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する 診 療 科	