

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

船橋市長 あて

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の規定に基づき下記のとおり申請します。

申請日： 年 月 日

氏名				電話番号		
住所	〒 -					
生年月日	年 月 日					
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日		
①②のいずれかを記入	①	専門医の名称			専門医の認定機関(学会)	
		有効期間	年 月 日まで			
	②	研修名称			研修修了年月日	年 月 日
主たる勤務先の医療機関 (※1)	名称					
	所在地					
	電話番号					
	担当する診療科名					
上記以外で意見書を作成する可能性のある医療機関 (※2)	名称				電話番号	
	所在地				担当する診療科名	
	名称				電話番号	
	所在地				担当する診療科名	
	名称				電話番号	
	所在地				担当する診療科名	
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称 (※3)	従事した期間			従事した病院等の名称		
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	年	月	～	年	月	
	計			年	か月	

(※) 記入上の留意事項

- ※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(診断書)を作成する可能性のある主たる医療機関(船橋市内の医療機関に限る。)について記入してください。
- ※2 (※1)の医療機関以外に、医療意見書(診断書)を作成する可能性のある医療機関があれば記入してください。
- ※3 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。)がわかれば、全ての経歴を記入する必要はありません。ただし、「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記入してください。