

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： 〇年 〇月 〇日

氏名	船橋 一郎		電話番号	047-000-000	
住所	〒 273 - 8506 船橋市 ▲▲町 1番 1号				
生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日				
医籍登録番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号	医籍登録年月日	〇〇年 〇月 〇〇日		
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	〇〇年 〇月 〇〇		
	②	研修名称			研修修了 年月日
主たる 勤務先 の医療機関 (※1)		名称	〇〇小児病院		
		所在地	〒273-8506 千葉県船橋市▲▲町2番2号		
		電話番号	047-000-3333		
		担当する 診療科名	小児科		
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	
		H27年 4月～	R3年 1月	〇〇小児病院	
		年 月～	年 月		
		年 月～	年 月		
		年 月～	年 月		
		年 月～	年 月		
		年 月～	年 月		
		計 5年 10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。