

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

年 月 日

(あて先)一宮市長

氏 名

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の規定に基づき申請します。

生年月日		年 月 日			
医籍登録番号		医籍登録 年月日	年 月 日		
①又は② のいずれ かを記載	①	専門医 の名称	専門医の 認定機関	専門医の 有効期間	年 月 日迄
	②	研修の 名称	研修修了日	年 月 日	
※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。					
主たる勤務先の医療機関	医療機関名				
	所在地	〒			
	電話番号				
	担当する 診療科				

(備考)

主たる勤務先の医療機関については、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医療機関のうち、主として勤務する医療機関について記載してください。

添付書類

1. 経歴書
2. 医師免許証の写し
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は、小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証及び受講確認書

(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	