

## 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

〇〇年〇月〇日

鹿児島県知事 殿

氏名 〇〇 〇〇

〒 〇〇〇—〇〇〇〇

居住地 〇〇市〇〇町〇—〇—〇

連絡先電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇

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申請します。

生年月日		〇〇年〇月〇日			
医籍登録番号		第〇〇〇〇〇〇〇〇号		医籍登録年月日	〇〇年〇月〇日
指定医の要件 <small>いずれかに〇</small>	専門医	認定機関(学会)名	日本〇〇学会		
		専門医の名称	〇〇専門医		
		有効期間	〇〇年〇月〇日迄		
	都道府県等が行う研修	研修名			
修了日		年 月 日			
勤務先の医療機関 (医療意見書の作成を行う主たる医療機関) <small>(他に医療意見書を作成する可能性のある医療機関がある場合は、裏面に記載してください。)</small>	医療機関名	医療法人 〇〇会 〇〇病院			
	所在地	〒 〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇—〇—〇			
	電話番号	〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇			
	担当する診療科	〇〇科			
経歴 <small>※5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間含む)があることが分かれば、全ての経歴を記載していただく必要はありません。</small>	診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関		
	自 〇〇年 〇月 至 〇〇年 〇月	〇〇科	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	自 〇〇年 〇月 至 〇〇年 〇月	〇〇科	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	自 〇〇年 〇月 至 〇〇年 〇月	〇〇科	〇〇クリニック		
	自 年 月 至 年 月				
	自 年 月 至 年 月				
連絡先(指定通知の送付先) いずれかに〇	1 上記医療機関		2 申請者居住地		

## 添付書類(必須)

- 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)
- 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)

○ 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	〇〇クリニック
	所在地	〒 〇〇〇—〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇—〇—〇
	電話番号	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科
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	