

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

中野区長 宛て

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。

新規・更新	(更新の場合)指定医番号										
氏名						生年月日	年 月 日				
現住所	〒					電話番号	()				
医籍登録番号					医籍登録年月日	年 月 日					
主たる勤務先の医療機関	名称										
	所在地	〒									
	電話番号	()									
	担当する診療科名										
	※上記以外にも中野区内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。										
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	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						
計				年	か月						
※下記の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を記載し、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。											
指定要件	① ※資格証を添付すること	専門医の名称				専門医の認定機関					
		有効期間									
	②	研修の名称				研修修了年月日	年 月 日				

添付書類

- 1 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載のあるものは、裏面も添付してください。）
- 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

(注)記載上の留意事項

「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載してください。なお、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。

(裏)

○主たる勤務先以外の勤務先医療機関(医療意見書を作成する場合に限る。)

1	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	