小児慢性特定疾病指定医　指定申請書兼経歴書

年　　　月　　　日

倉敷市長　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の規定に基づき以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏名 | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | | | | 〒　　　－ | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | (勤務先)　　　　　　　　　（携帯） | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 医籍の登録番号 | | | | 第　　　　　　　号 | | | 医籍の登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 専門医の資格の有無  （いずれかに○） | | 有 | 専門医の認定機関（学会）加入状況 | | | | | 左記の認定機関（学会）での専門医の名称 | | |
|  | | | | | 名称  （有効期限　　　年　　　月　） | | |
| 無 | 都道府県等が行う  指定医研修の名称 | |  | | | | | |
| 修了日 | | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 経歴書 | 診断又は治療に従事した経歴〈注１〉 | | 従事期間 | | | 従事した診療科 | | | 従事した医療機関名称 | |
| 年　月～　 年　 月 | | |  | | |  | |
| 年　月～　 年　 月 | | |  | | |  | |
| 年　月～　 年　 月 | | |  | | |  | |
| 年　月～　 年　 月 | | |  | | |  | |
| 年　月～　 年　 月 | | |  | | |  | |
| 合　計　期　間 | | | 計　　　　　年　　　　か月 | | | | |
| 主たる勤務先の  医療機関〈注２〉 | | | 名称 | |  | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | |
| 担当する診療科名 | |  | | | | | |
| 次期小慢データベースの利用〈注３〉（いずれかに〇） | | | | | １　希望する　　　　　２　希望しない | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定通知の送付先（いずれかに○） | １　上記医療機関あて　　　　２　申請者住所あて |

〈注１〉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、全ての経歴を記載する必要はありません。

〈注２）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主たる医療機関について記載してください。

〈注３〉次期小慢データベースの利用を希望される場合は、倉敷市のホームページをご参照いただき、別途申請をお願いします。

（裏面へ）

（裏面）

＜添付書類＞・医師免許証の写し

・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指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

○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 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |