

(表面)

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

(あて先)長崎市長

居住地

氏 名 ㊟

電話番号

児童福祉法施行規則第7条の11の規定により、指定医の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

生 年 月 日		年 月 日		性 別	男 ・ 女	
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 日まで
	② 研修の名称			研修終了日	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は①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合は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 名				

備考

- 1 氏名の欄は記名押印に代えて署名することができます。
- 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。
- 3 添付書類

ア 経歴書

イ 医師免許の写し

ウ 専門医に認定されていることを証明する書面又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

(裏面)

表面の勤務先以外の医療機関(本市に所在する医療機関に限る。)に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある場合に記載してください。

1	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
2	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
3	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
4	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
5	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	

経 歴 書

※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。

年 月 日現在

フリガナ			性 別	生 年 月 日
氏 名	㊟		男・女	年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科名	従 事 し た 医 療 機 関 名		
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
合 計		年 月		