**小児慢性特定疾病指定医　指定申請書兼経歴書**

様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

福 井 市 長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

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、同法施行規則第７条の１１の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 |  | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 |  |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　　号 | 医籍登録年月日 |  | 年　　　月　　　日 |
| いずれかを記載(※)①または②の |  | 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関（学会） |  |
| 専門医の有効期間 |  |
|  | 研修の名称 |  | 研　修修了日 | 　　 年　　 月　　 日 |
| (※)上記①又は②の記載要領①を記載する場合：専門医資格による指定医の申請の場合②を記載する場合：市が実施する指定医の養成に係る研修受講による指定医の申請の場合 |
| 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 |  |

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。

＜添付書類＞

　１．医師免許証の写し

　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

**裏面に続く**

**○主たる勤務先以外に勤務することのある医療機関**

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

**○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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断又は治療に従事した期間 | 従事した診療科 | 従事した医療機関等の名称 |
| 年　　　月～年　　　月　 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月　 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月　 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月 |  |  |
| 年　　　月～年　　　月 |  |  |
| **合計従事期間　　　　　　　　　　　　　　年　　　　ヶ月** |