

(第1面)

寝屋川市

# 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

氏名

〒

住所

電話番号

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の規定に基づき申請します。

|        |         |       |  |
|--------|---------|-------|--|
| 生年月日   | 年 月 日   | 性別    |  |
| 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

※専門医要件で申請を希望する場合は①、研修修了要件で申請を希望する場合は②に記載してください。

|         |              |         |
|---------|--------------|---------|
| ①専門医要件  | 専門医の名称       |         |
|         | 専門医の認定機関(学会) |         |
|         | 専門医の有効期間     | 年 月 日 迄 |
| ②研修修了要件 | 研修の名称        |         |
|         | 研修修了日        | 年 月 日   |

|                                                                           |         |           |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| 勤務先の医療機関<br>※ 小児慢性特定疾病医療費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。 | 医療機関名   |           |
|                                                                           | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|                                                                           | 電話番号    |           |
|                                                                           | 担当する診療科 |           |

<添付書類>

1. 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)
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

(第2面に続く)

(第2面)

○ 第1面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

|   |         |           |
|---|---------|-----------|
| 1 | 医療機関名   |           |
|   | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|   | 電話番号    |           |
|   | 担当する診療科 |           |
| 2 | 医療機関名   |           |
|   | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|   | 電話番号    |           |
|   | 担当する診療科 |           |
| 3 | 医療機関名   |           |
|   | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|   | 電話番号    |           |
|   | 担当する診療科 |           |
| 4 | 医療機関名   |           |
|   | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|   | 電話番号    |           |
|   | 担当する診療科 |           |
| 5 | 医療機関名   |           |
|   | 所在地     | 〒<br>寝屋川市 |
|   | 電話番号    |           |
|   | 担当する診療科 |           |

## 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、全ての経歴を記載いただく必要はありません。

年 月 日現在

| フリガナ          |         | 性別        | 生年月日  |
|---------------|---------|-----------|-------|
| 氏名            |         |           | 年 月 日 |
| 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         |         |           |       |
| 合計期間          | 計 年 か月  |           |       |