

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書 (兼経歴書)

記入例

××年 ××月 ××日

茨城県知事 殿

氏 名 印

〒  
住 所

電話番号

自宅

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の11の規定に基づき申請します。

生年月日	××年××月××日	年 齢	××歳	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女
医籍登録番号	第××××××号	医籍の登録年月日	××年××月××日		
※専門医の資格の有無について、「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。	<input checked="" type="radio"/> 有	認定を受けている専門医の名称	専門医の認定機関 (学会名)		
		名称 ●●●専門医 (有効期間 ××年××月迄)	学会名 ○○○学会 (認定年月 ××年××月)		
	<input checked="" type="radio"/> 無	名称 _____ (有効期間 _____ 年 月迄)	学会名 _____ (認定年月 _____ 年 月)		
		知事が行う研修の名称	小児慢性特定疾病指定医研修サイト		
主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関 ※複数ある場合には裏面に記載	名称	□□□病院	専門医以外(研修資格該当)の指定医の申請の場合、「無」に○をつけてください。		
	所在地	〒 茨城県			
	電話番号				
	担当する診療科				
経歴書欄	診断又は治療に従事した経歴	従事した期間	従事した病院等の名称 (小児慢性特定疾病の診断及び治療に従事した経験について( )内に疾病名を記載すること。)		
		24年4月～26年3月	▲▲▲病院 (○○○, □□□ )		
		26年4月～30年3月	△△△病院 ( ) □ )		
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		特に専門医以外(研修資格該当)の指定医の申請の場合、小児慢性特定疾病の診断及び治療に従事した経験があることが要件となっているため、必ず疾病名を記載してください。			

指定書の送付先 (※「主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関」の欄に記載された名称及び所在地を記載すること。)

- 1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。
- 2 経歴書の「従事した期間」の欄は、月単位で記入すること。
- 3 「医師免許の写し」を添付すること。裏面に書換等の記載があるものは、裏面も添付すること。
- 4 専門医に認定されていることを証する書類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を添付すること。

○ 表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茨城県内の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	〒 茨城県
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒 茨城県
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒 茨城県
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒 茨城県
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒 茨城県
	電話番号	
	担当する診療科	