

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

ふりがな				生 年 月 日	
氏 名				年 月 日	
現 住 所		〒			
		連絡先 - -			
医籍登録番号		医籍登録年月日		年 月 日	
主たる勤務先	名 称				
	所在地	〒			
	担当する診療科名	連絡先 - -			
診療又は治療に従事した期間及び病院等名称 (5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載)	従事した期間		従事した医療機関名		診療科
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
	年 月 日～ 年 月 日				
(計 年 か月)					
指 定 要 件	①	専門医の名称	専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間	
	① 専門医資格 (資格を有する者のみ記載)			年 月 日～ 年 月 日まで	
				年 月 日～ 年 月 日まで	
	②	研修の名称			研修修了日
	② 研修				年 月 日

※上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合、②研修終了要件で申請を希望する場合に記載してください。

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。

年 月 日

明石市長 あて

申請者氏名

※ 添付書類

1. 医師免許証の写し(必須)(裏面に書換え等の記載があるものは、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育成研修の修了を証明する書面の写し

裏面へ

- 表面の主たる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。
- 明石市内の医療機関のみ、ご記入ください。

1	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	