

**小児慢性特定疾病指定医指定申請書(兼)経歴書**

呉市長様

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、次のとおり申請します。

申請日：平成 年 月 日

申請区分	小児慢性特定疾病指定医				
ご住所	〒 -				
ふりがな			電話番号	- -	
お名前	(印)				
生年月日	年	月	日生	年齢	歳 性別 男・女
医籍登録番号			登録年月日	年 月 日	
主に従事している医療機関	所在地	〒 - (電話 - -)			
	名称				
	担当する診療科名				
診断・治療に従事した経歴及び医療機関名(過去5年分)	従事した期間			従事した医療機関の名称	
	年	月	～	現在まで	
	年	月	～	年 月	
	年	月	～	年 月	
	年	月	～	年 月	
	年	月	～	年 月	
指定要件(右のいずれか)	① 専門医の資格	専門医の名称			専門医の認定機関(学会名)
		有効期間			
	② 知事等が行う研修	研修区分	<input type="checkbox"/> 平成29年3月31日までに履修予定		研修修了年月日
		小児慢性特定疾患治療研究事業での意見書の記載実績	有(主な疾病名: ) 無		

【次の書類を添付してください。】

- 1 医師免許証のコピー
  - 2 専門医の認定を証明する書類のコピー(上記①に記入した場合に添付)
- ⇒ 主に勤務する医療機関以外に勤務する医療機関がある場合は、裏面に記載してください。

(裏面に続く)

(裏面)

主に勤務する医療機関以外に勤務する医療機関

1	所在地	〒 — (電話 — — )
	名称	
	担当する診療科名	
2	所在地	〒 — (電話 — — )
	名称	
	担当する診療科名	
3	所在地	〒 — (電話 — — )
	名称	
	担当する診療科名	
4	所在地	〒 — (電話 — — )
	名称	
	担当する診療科名	
5	所在地	〒 — (電話 — — )
	名称	
	担当する診療科名	