

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： 年 月 日

申請区分		小児慢性特定疾病指定医						
ご住所		〒 ー						
ふりがな				電話番号		ー ー		
お名前								
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	〒 ー (電話 ー ー)					
		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						
		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	研修の名称						
		研修終了証番号						
		研修修了日						

【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	