小慢 指定医

小児慢性特定疾病指定医指定申請書(兼)経歴書

広島県知事　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 | | 〒　　　　－ | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ふ り が な | |  | | | | 電話番号 | | －　　　－ | | |
| 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 | 〒　　　　－ | | | （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 | | | | |  | | | |
| 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 | |  | | | | | | |
| 研修修了  年月日 | |  | | | | | | |

【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，うら面に記載してください。

（うら面）

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 |  | |