様式１号

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

千葉市長　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、下記のとおり申請します。

申請日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  氏　　名 | | | （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 電話番号 | | | | | |  | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | |  | | | |
| 住　　所 | | | 〒　　　- | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　日 | | | 年　齢 | | | | | 歳  性別  男・女 | | | | |
| 医籍登録  番　　号 | | | 第　　　　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録  年月日 | | | | | | | 年　月 日 | | |
| 1. ②   のいずれかを記載 | 専門医資格 | | 専門医の名称 |  | | | | | 専門医の  認定機関  （学会） | | | |  | | |
| 有効期間 | 年　　月　日まで | | | | |
| 県等が行う　研修 | | 研修名称 |  | | | | | 研修修了  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 主たる  勤務先の医療機関  　（※１） | | | 名　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 担当する診療科名 |  | | | | | | | | | | | |
| 上記以外で意見書を作成する可能性のある医療機関  　（※２） | | | 名　称 |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 所在地 |  | | | | | | 担当する診療科名 | | | | |  |
| 名　称 |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | |  |
| 所在地 |  | | | | | | 担当する診療科名 | | | | |  |
| 名　称 |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | |  |
| 所在地 | |  | | | | | 担当する診療科 | | | | |  |  |
|  | | | 従事した期間 | | | | | 従事した病院等の名称 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |
| 診断又は  治療に  従事した  期間及び  病院等名称  （※３） | | 年　 月　～　　年　　月 | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　 月　～　　年　　月 | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 年　 月　～　　年　　月 | | | | | |  | | | | | | | |
| 計　　　年　 　か月 | | | | |  | | | | | | | | |

（※）記載上の留意事項

※１　主として小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書（診断書）を作成する医療機関について記載してください。

※２　（※１）の医療機関以外に、医療意見書（診断書）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。

※３　５年以上の診断又は従事した経験（臨床研修期間を含む）がわかれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。ただし、「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の１日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日

の属する月を算入して記載してください。