

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書（兼経歴書）

年 月 日

水戸市長 様

氏 名
〒

住 所

電話番号

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。

生年月日	年 月 日	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号		第 号	医籍の登録年月日		年 月 日
※専門医の資格の有無について、「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。	有	認定を受けている専門医の名称		専門医の認定機関（学会名）	
		名称 _____ (有効期間 年 月迄)	学会名 _____ (認定年月 年 月)		
	無	名称 _____ (有効期間 年 月迄)		学会名 _____ (認定年月 年 月)	
		市長が行う研修の名称			
		研 修 の 修 了 日			
主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関 ※複数ある場合には裏面に記載	名称				
	所在地	〒 水戸市			
	電話番号				
	担当する診療科				
経歴書欄	診断又は治療に従事した経歴	従事した期間	従事した病院等の名称 (小児慢性特定疾病の診断及び治療に従事した経験について()内に診療科を記載すること。)		
		年 月～ 年 月	()		
		年 月～ 年 月	()		
		年 月～ 年 月	()		
		年 月～ 年 月	()		
		年 月～ 年 月	()		

指定書の送付先（※「主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関」の欄に記載された名称及び所在地以外への送付を希望する場合に記載すること。）

- 1 経歴書の「従事した期間」の欄は、月単位で記入すること。
- 2 「医師免許の写し」を添付すること。裏面に書換等の記載があるものは、裏面も添付すること。
- 3 専門医に認定されていることを証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を添付すること。

○ 表面の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水戸市内の医療機関があれば記載してください。

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