第１号の２の７様式（第１条の５関係）

　年　　月　　日

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

世田谷区長　　あて

氏　　名

住　　所

　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第１項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | 電話番号 |  |
| 医籍登録番号 | | |  | | 医籍登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間及び病院等名称 | 従事した期間 | | | | 従事した病院等の名称 | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | |  | |
| 合　計　期　間 | | | | | 年　　　　か月 | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ①又は②のいずれかを記載してください。 | ① | 専門医の  名称 |  | 専門医の認定機関 |  | 専門医の  有効期限 | 年 　月 　日 | | ② | 研修の名称 |  | | 研修修了日 |  | |   ※専門医要件で申請を希望する場合には①を、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。 | | | | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関  （※） | | 医療機関名 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 電話番号 | |  | | |
| 担当する診療科 | |  | | |

※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を作成する可能性のある主たる医療機関（世田谷区に所在する医療機関に限る。）について記載してください。

添付書類

１．医師免許証の写し

２．専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書

類の写し

（裏面）

主たる勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見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。

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