

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				
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	