第１号様式の８（第２条の３関係）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

越谷市長　宛

住　所

氏　名

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の規定により申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生 年 月 日 |  | 　年　　 月 　　日 |  |
| 医籍登録番号 | 　 | 医　　籍登録年月日 |  | 年　 月　 日 |
| 指定医要件①又は②のいずれかを記載（該当するものに☑を付する。） | □ | ①　専門医　の名称 | 　 | 専門医の認定機関（学会）名 |  | 専門医の有効期間 | 年　月　日迄 |
| □ | ②　研修の　名　称 | 　 | 研　 　 修修 了 日 | 　　年　　月　　日 |
| 勤務先の医療機関（※） | 医 療 機 関 名 |  |
| 所 　在 　地 | 〒343-埼玉県越谷市 |
| 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について記載してください。

添付書類

１　経歴書（別紙１）

２　医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）

３　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面に続く）

○　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医療機関があれば記載してください。（申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

（別紙１）

経　歴　書

※　５年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 生　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　名 |  | 大正昭和平成 | 　年　　月　　日 |
| 診断又は治療に従 事 し た 期 間 | 従事した診療科 | 従　事　し　た　医　療　機　関　名 |
|
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 自　　　　年　　月 |  |  |
| 至　　　　年　　月 |
| 合　　計　　期　　間 | 計　　　　　　年　　　　　　か月 |