

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

令和 年 月 日

(あて先) 横須賀市長 様

〒

住 所

氏 名

電話番号 ()

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項の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。

医師に ついて	生年月日	年 月 日	医籍登録 年月日	年 月 日
	医籍登録 番号	第 号		
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 診療科名			
上記以外にも横須賀市内に勤務先があり、その勤務先においても診断書(医療意見書)を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。				
診断又は 治療に 従事した 医療機関 名称等	従事した期間		従事した医療機関名	従事した診療科
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
	年 月～	年 月		
合計		年 カ月		
指 定 要 件	専門医 資格	専門医の 名称	専門医の 有効期間 研修終了 年月日	年 月 日～
		専門医の 認定機関		年 月 日
	市長が 行う研修	研修名称		

添付書類

1. 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)
2. 専門医に認定されていることを証明する書類または市長が行う研修の修了を証明する書類の写し

記載上の留意事項

1. 「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。なお、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、全ての経歴を記載いただく必要はありません。
2. 「指定要件」は、「専門医資格」又は「市長が行う研修」のいずれかに○をし、必要事項を記載してください。
(裏面に続く)

様式1の裏

○表面の記載以外の勤務先医療機関（医療意見書を作成する場合に限る。）

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	()
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	()
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	()
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	()
	担当する診療科名	