

# 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

山口県知事 様

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12の規定に基づき下記のとおり申請します。

申請日 ●●年●●月●●日

氏名	●●●●	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●	
現住所	〒●●●●-●●●● ●●市●●町●丁目●番-●号			
生年月日	●●年●●月●●日			
医籍登録番号	第 ●●●●●● 号	医籍登録年月日	●●年●●月●●日	
主たる勤務先の医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	〒 山口県●●市●●町●丁目●番-●号		
	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●		
	担当する診療科名	●●科		
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	●●医院		
	●●年 ●月 ~ ●●年 ●月	〇〇病院		
	年 月 ~ 年 月	※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。）があることが分ければ、全ての経歴を記載いただく必要はありません。		
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
計 ●年 ●ヶ月				
申請区分	小児慢性特定疾病指定医			
専門医資格あり	専門医の資格の名称	***専門医	専門医の認定機関	日本***学会
	有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日迄		
専門医資格なし	知事が行う研修	履修済み*	研修修了年月日	〇〇年〇〇月〇〇日

※専門医資格がなく、かつ、知事が行う研修を修了していない場合は指定できません。

(注) 申請上の留意事項

- 1 医師免許証の写しを添付してください。また、専門医資格の認定証等の写しまたは知事が行った研修の修了証の写しを添付してください。
- 2 「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日でない場合に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。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	〇〇医院
	所在地	〒△△△-△△△△ □□市□□町□丁目□番-□号
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科
2	医療機関名	▲▲病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ▲▲市▲▲町▲丁目▲番-▲号
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	□□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	