

(表面)

指定医指定申請書 (新規・更新)

年 月 日

(あて先)

川口市長

居住地 〒

氏 名

印

(自署又は記名押印)

電話番号

児童福祉法施行規則第7条の10第1項の規定により、指定医の指定(指定の更新)を受けたいので申請します。

生 年 月 日		年 月 日		性 別	男 ・ 女	
医 籍 登 録 番 号			医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
指 定 医 要 件	1	専 門 医 の 資 格 の 名 称	専 門 医 の 認 定 機 関 (学 会) 名		専 門 医 の 認 定 期 間	年 月 日迄
	2	研 修 の 名 称	(実施自治体名)	研 修 了 日	年 月 日	
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				

注1 「指定医要件」欄は、該当する1又は2のいずれかについて記入してください。

注2 「勤務先の医療機関」欄は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な診断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。

注3 更新の場合は、医籍登録番号欄には指定医番号(11で始まる10桁の数字)、医籍登録年月日欄には指定年月日(指定書に記載のある交付年月日)を記入してください。

添付書類

新規申請の場合…以下1～4の書類

- 1 経歴書(別紙1)
- 2 医師免許証の写し(裏面に記載のあるものは、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
- 4 2又は3の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類(戸籍抄本等)の写し

更新申請の場合…小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面)

(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入してください。

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	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

(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、全ての経験をご記載いただく必要はありません。

フリガナ		性 別	生年月日
氏名		男 ・ 女	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			
自 年 月			
至 年 月			
合計期間		計 年 月	