小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

千葉県知事　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、下記のとおり申請します。

申請日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 氏　名  （※１） | | ㊞ | | |
| 住　　所 | | 〒　　　- | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　日 | | | 年　齢 | | | 歳 | | 性別 | 男・女 |
| 医籍登録  番　　号 | | 第　　　　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録  年月日 | | | 年　月 日 | | | |
| 1. ②の   いずれかを記載 | 専門医  資　格 | 専門医の名称 |  | 専門医の  認定機関  （学会） | | | |  | | | |
| 有効期間 | 年　　月　日まで |
| 県等が行う研修 | 研修名称 |  | 研修修了  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 勤務先の医療機関  （※２） | | 名　称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 担当する診療科名 |  | | | | | | | | |
| 上記以外で意見書を作成する可能性のある医療機関  （※３） | | 名　称 |  | | | 電話番号 | | |  | | |
| 所在地 |  | | | 担当する診療科名 | | | |  | |
| 名　称 |  | | | 電話番号 | | |  | | |  |
| 所在地 |  | | | 担当する診療科名 | | | |  | |
| 名　称 |  | | | 電話番号 | | |  | | |  |
| 所在地 |  | | | 担当する診療科 | | | |  | |  |
|  | | 従事した期間 | | | 従事した病院等の名称 | | | | | | |
| 診断又は治療に  従事した期間及び  病院等名称  （※４） | | 年　　月　～　　年　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | |  | | | | | | |
| 計　　　　年　　　か月 | | |  | | | | | | |

（※）記載上の留意事項

※１　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

※２　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（診断書）を作成する可能性のある医療機関（千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る）について記載してください。

※３　（※２）の医療機関以外に、医療意見書（診断書）を作成する可能性のある医療機関（千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る）があれば記載してください。

※４　５年以上の診断又は従事した経験（臨床研修期間を含む）がわかれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。ただし、「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。