

(様式 1 号)

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、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。

申請日： 年 月 日

フリガナ				電話 番号		
氏 名						
住 所		〒 -				
生年月日		年 月 日		年 齢	歳	
医籍登録 番 号		第 号		医籍登録 年月日	年 月 日	
①②の いずれかを 記載	① 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			
	② 県等が行 う研修	研修名称			研修修了 年月日	年 月 日
		主たる勤務先の 医療機関 (※ 1)		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 を作成することのある 医療機関 (※ 2)		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	
診断又は治療に 従事した期間及び 病院等名称 (※ 3)		従 事 し た 期 間			従 事 し た 病 院 等 の 名 称	
		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 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）を作成する主たる勤務先の医療機関（千葉市、船橋市及び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。
- ※ 2 (※ 1) の医療機関以外に、医療意見書（診断書）を作成することのある医療機関（千葉市、船橋市及び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。
- ※ 3 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。