

(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	チ バ タロ ウ			電話 番号	123-456-7891	
氏 名	千葉 太郎					
住 所	〒123-4567 習志野市〇〇 1 - 1					
生年月日	昭和〇〇 年〇〇 月〇〇 日			年 齢	〇〇 歳	
医籍登録 番 号	第 123456 号			医籍登録 年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
①②の いずれかを 記載	① 専門医 資 格	専門医の 名称	脳神経外科専門医		専門医の 認定機関 (学会)	日本脳神経外科学会
		有効期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日まで			
	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	〇〇総合病院				
	所在地	鎌ヶ谷市〇〇 1 - 2 - 3				
	電話番号	987-654-3219				
	担当する 診療科名	脳神経外科				
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			全て記載する必要はありません。 直近の 5 年間の記載をお願いします		

(※) 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。