

(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。