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。