様式第７号（第６条関係）

（表）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書(新規・更新)

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　児童福祉法第19条の３第１項の規定による指定医の指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請する指定医の種類 | | | | | 小児慢性特定疾病指定医 | | | | | | | |
| 指定医番号 | | | | |  | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 | | | | |  | | | | | | | |
| 居住地 | | | | | 〒 | | | | | | | |
| 連絡先（電話番号） | | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 医籍の登録番号 | | | |  | | | | 医籍登録年月日 | | | | 年　　　月　　　日 |
| 専門医の資格の有無 | | 有 | 認定を受けている専門医 | | | | | | | 認定機関（学会）名称 | | |
| （有効期間　　　年　　　月） | | | | | | |  | | |
| （有効期間　　　年　　　月） | | | | | | |  | | |
| 無 | 都道府県が行う  指定医研修の名称 | | |  | | | | | | |
| 修了日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 経歴 | 診断または治療に従事した履歴 | | 従事期間 | | | | | | 従事した診療科 | | 従事した医療機関名 | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 年　　月～　 　年　　月 | | | | | |  | |  | |
| 合計期間　　　　　　　　年　　　か月 | | | | | | | | | |
| 主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関 | | | 名称 | | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | |
| 担当する診療科 | | | |  | | | | | |

注１　経歴欄に不足があるときは、別紙（様式任意）に記載してください。

２　指定医番号は、更新の場合のみ記入してください。

３　児童福祉法施行規則第７条の11第２項の規定に基づき、必要な書類を添付してください。

４　医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載してください。

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |