

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）			
	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			
		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	