様式第１号

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

　　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　居住地　〒

　　　　　　　　　　　　医師

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL

児童福祉法第19条の３第１項に規定する医師の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第７条の11の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |  | |
| 医籍の登録番号 | | | |  | | 医籍の登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| ①又は②のいずれかを  記載（※１） |  | 専門医の  資格の名称 | |  | | | 専門医の  認定機関 | |  |
| 専門医の  認定期間 | | 年　　月　　日迄 | | |
|  | 研 修 の  名 　 称 | |  | | | 研修の  修了日 | | 年　　月　　日 |
| ※１ 上記の①又は②の欄の記載要領   1. 厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医の資格による申請の場合に記載する。 2. 都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による申請の場合に記載する。 | | | | | | | | | |
| 主たる  勤務先医療機関  ※愛媛県（松山市を除く。）に所在する　医療機関 | | | 名　　　　称 | |  | | | | |
| 所 　在 　地 | | 〒 | | | | |
| 電 話 番 号 | |  | | | | |
| 担当する診療科名 | |  | | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　医師居住地・連絡先は、医師個人の住所・電話番号を記載すること。

３　主たる勤務先の医療機関は、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を作成する可能性のある医療機関（愛媛県（松山市を除く。）に所在するものに限る。）のうち、主たるについて記載すること。

４　次に掲げる書類を添付すること。

(1)　診断又は治療に５年以上従事したことを証する経歴書（別紙）。ただし、専門医資格による指定医の申請の場合は、（3）の専門医の資格を証明する書面（写し可）の添付により省略可。

(2)　医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）。

(3)　専門医の資格を証明する書面又は小慢指定医育成研修の修了を証する書面（写し可）。

（（裏面に続く）

（裏面）

○　主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |