

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

豊島区長 殿

年 月 日

氏 名

住 所

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の規定に基づき申請します。

生年月日	年 月 日	電話番号	
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日
主たる勤務先の医療機関 ※豊島区内	名 称		
	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科名		
	※上記以外にも豊島区内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。		
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	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	
	計 年 か月		
指定要件	専門医資格	専門医の名称	専門医の認定機関
		有効期間	
	研修	研修の名称	研修修了年月日

(注)記載上の留意事項

- 「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。なお、5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。
- 指定要件は「専門医資格」又は「研修」のいずれかに○をしていただき、必要事項を記載してください。

【添付書類】

- 医師免許証の写し
- 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面)

表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（豊島区に所在する医療機関に限る。）があれば記載してください。

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	