様式第1号の9（第1条の5関係）

小児慢性特定疾病指定医指定（新規・更新）申請書兼経歴書

（あて先）岐阜市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　次のとおり、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申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医番号（更新時のみ記入してください。） | | |
| （フリガナ）  氏　　名 | | |  | | | | |
| 住　　所 | | | 〒　　　－ | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 医籍の登録番号 | | | 第　　　　　　　号 | | 医籍の登録年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 新規申請時のみ記入 | 指定医要件 | 専門医  資　格 | 認定機関（学会）加入状況 | | | 左記の学会での専門医の資格の名称 | |
| 学会名  （加入年月　　　年　　　月　） | | | 名称  （有効期限　　　年　　　月まで） | |
| 指定医  研　修 | 小児慢性特定疾病  指定医研修の名称 |  | | | |
| 研修修了日 | 年　　月　　日 | | | |
| 経歴 | 診断又は治療に従事した履歴  （5年以上の実務経験が分かるように記載してください。） | 従事期間 | 従事した医療機関名（診療科） | | | |
| 年　月～　 年　月 | （　　　　　　　　　） | | | |
| 年　月～　 年　月 | （　　　　　　　　　） | | | |
| 年　月～　 年　月 | （　　　　　　　　　） | | | |
| 年　月～　 年　月 | （　　　　　　　　　） | | | |
| 年　月～　 年　月 | （　　　　　　　　　） | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | | | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） | | | |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　）  岐阜市 | | | |

|  |
| --- |
| 指定通知の送付先（どちらかに○）　　　1　主たる勤務先の医療機関(※)　　2　申請者の自宅 |

備考

1　医師免許証の写し（裏面に書換等の記載があるものは、裏面の写しも添付してください。）

2　指定医要件の欄の「専門医資格」又は「指定医研修」のいずれかに○を付し、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終了を証明する書類の写しを添付してください。

3　更新申請の場合は、小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付してください。

4　主たる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があれば、裏面に記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面あり）

（裏面）

医療意見書を作成する医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |
| 2 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |
| 3 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |
| 4 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |
| 5 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |
| 6 | 名称（診療科） | （　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　 （電話番号　　 － 　　－　　　　） |