

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

氏 名 奈良 一郎 印

住 所 〒634-〇〇〇〇 橿原市〇〇町〇〇

電話番号 0744-〇〇-〇〇〇〇

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10の規定に基づき申請します。

生 年 月 日		大 正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平 成		性 別		男・女	
医籍登録番号		〇〇〇〇〇〇		医 籍 日		大 正 昭和 〇〇年〇月〇〇日 平 成	
① ②	① 専門医の 名 称	小児科専門医	専門医の認定 機関（学会）	日本小児科学 会	専門医の有 効期間	平成〇〇年〇月〇日迄	
	② 研 修 の 名 称	小児慢性特定疾病 指定医育成研修		研 修 了 日	〇〇年〇月〇〇日		
※ 上記 ①を希望 ②を希望 ①②のいずれかを記載のうえ、①の場合は専門医に認定されていることを証明する書類、 ②の場合は研修修了を証明する書類を添付してください。							
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)		医 療 機 関 名	△△病院				
		所 在 地	〒634-△△△△ 橿原市△△町△△				
		電 話 番 号	0744-△△-△△△△				
		担 当 す る 診 療 科	小児科				
主たる勤務先の医療機関は、「奈良市を除く奈良県内にある医療機関」を記載してください。							

※ 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主たる医療機関（奈良市を除く奈良県内にある勤務先）について記載してください。

添付書類

- 1 経歴書
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付すること。）
- 3 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

（裏面に続く）

(裏面)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	□□病院
	所在地	〒635-□□□□ 大和高田市□□町□□
	電話番号	0745-□□-□□□□
	担当する診療科	小児科
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	

・従たる勤務先の医療機関は、「奈良市を除く奈良県内にある医療機関」のみ記載してください。

・奈良市内又は奈良県外にある医療機関に勤務し医療意見書を作成する可能性のある場合は、それぞれの市長・知事に申請が必要です。

経 歴 書

※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、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

平成 年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
氏 名	印	男 ・ 女	大正 昭和 平成 年 月 日		
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名			
自 年 月		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 専門医資格を証する書類を添付する場合は、 この経歴書は不要です。 </div>			
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
自 年 月					
至 年 月					
合 計 期 間				計 年 月	