

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 印

〒
住 所

電話番号

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 平 成		年 月 日	性 別	男 ・ 女	
医籍登録番号				医 籍 登 録 年 月 日		大 正 昭 和 平 成	
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	①	専門医の 名 称	専門医の認定 機関（学会）	専門医の有効期間	年 月 日まで		
	②	研 修 の 名 称	研 修 了 日	年 月 日			
※ 上記の①又は②の記載要領 ①を希望する場合：専門医要件で申請を希望する場合 ②を希望する場合：研修修了要件で申請を希望する場合							
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)		医 療 機 関 名					
		所 在 地					
		電 話 番 号					
		担 当 す る 診 療 科					

※ 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	
	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	

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			
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	