

小児慢性特定疾病 指定医 指定申請書兼経歴書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

(ふりがな)

医師氏名

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12の規定に基づき申請します。

新規 ・ 更新		(更新の場合) 指定医番号			
生 年 月 日		S・H・R 年 月 日			
医籍登録番号				医 籍 登録年月日	S・H・R 年 月 日
① ② (※) す れ 又 か は を ② 記 の 載 い	①	専門医の 名 称		専門医の 認定機関 (学会)	
	②	研 修 の 名 称		研 修 了 日	S・H・R 年 月 日
国の小児慢性特定疾患医療費助成制度の診断書の記載実績		有 無 (主な疾病名)			
※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による申請の場合。 ②を記載する場合：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。					
主たる勤務先の 医 療 機 関		医 療 機 関 名			
		所 在 地		〒	
		電 話 番 号			
		担 当 す る 診 療 科			
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	
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
計 年 か月					

添付書類

- 1. 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）
- 2. 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
- 3. 更新の場合は、指定通知書（原本）

（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	

※徳島県外の医療機関において、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な診断書（医療意見書）を作成する場合は、別途その医療機関の所在地を管轄する都道府県知事等への指定医の申請が必要です。