

小児慢性特定疾病 指定医 指定申請書兼経歴書 【記入例】

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

(ふりがな) とくしま はなこ

医師氏名 徳島 ハナコ

自宅の住所・電話番号を記入

住 所 〒770-0000
徳島市万代町〇丁目△△番地

電話番号 088-621-0000

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または第7条12の規定に基づき申請します。

更新の場合は、指定医番号を記入

新規		更新		(更新の場合) 指定医番号			
生 年 月 日		S・H・R		〇〇年△月◇◇日			
医籍登録番号		1 1 1 1 1 1		医 籍 登録年月日		S・H・R △△年〇月〇〇日	
① ② (※) れ又 かは を② 記の 載い	①	専門医の 名 称	〇〇〇専門医		専門医の 認定機関 (学会)	日本〇〇学会	
	②	研 修 の 名 称	小児慢性特定疾病指定医 〇〇研修		研 修 了 日	S・H・R 〇〇年×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		医療法人〇〇会 △△病院			
		所 在 地		〒773-0000 小松島市〇〇町×丁目△△番地			
		電 話 番 号		0885-38-0000			
		担 当 す る 診 療 科		××科、□□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			
平成25年4月～平成27年3月		××科		□□病院			
平成27年4月～平成31年3月		××科		〇〇病院			
平成31年4月～令和2年3月		□□科		×××病院			
令和2年4月～ 年 月		××科		△△病院			
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
計 10年 2か月							

診断または治療に従事した合計
期間が5年以上あれば、全ての経
歴を記載する必要はありません

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	△△医療法人 □□病院	
	所在地	〒774-〇〇〇〇 阿南市〇〇町〇丁目××番地	
	電話番号	0884-〇〇-〇〇〇〇	
	担当する診療科	××科	
2	医療機関名		「主たる勤務先の医療機関」以外で、医療意見書を作成する可能性がある医療機関を可能な範囲で記載
	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。