

様式第1号の5（第2条の5関係）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

（宛先） 富山市長

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11の規定に基づき申請します。

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------|--------------|----|--------------|--------|
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 性別 | 男・女 | |
| 医籍登録番号 | | | 医籍 登録年月日 | | 年 月 日 | |
| 記載 い① ず又 れは か② をの | ① | 専門医 の名称 | 専門医の 認定機関 | | 専門医の 有効期間 | 年 月 日迄 |
| | ② | 研修の 名称 | 研修修了日 | | 年 月 日 | |

※上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。

| | | |
|------------------------|---------|--|
| 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 | |

※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
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○表面の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記載してください。(申請先の富山市に所在する医療機関に限る。)

| | | |
|---|---------|---|
| 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、全ての経歴を記載する必要はありません。

年 月 日現在

| | | | |
|---------------|---------|-----------|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 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 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 自 年 月 | | | |
| 至 年 月 | | | |
| 合計期間 | | 計 年 か月 | |