小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

様式第１号

山口県知事　様

　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の規定に基づき下記のとおり申請します。

**申　請　日　 　　年　　 月 　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  　　　　　　　　　　  | 電話番号 | 　　 |
| 現　住　所 | 〒**-**　　　　  |
| 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 医籍登録番　　号 | 第　　　　　　　　　　　　号 | 医籍登録年月日 | 年　月　日 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名　称 | 　 |
| 所在地 | 　〒　　 山口県 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
|  診断又は治療に従事した期間及び病院等名称 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 |
| 年　 月　～　　年　　月 |  |
| 　年　　　月　～　　　年　　　月 |  |
| 　年　　　月　～　　　年　　　月 |  |
| 　年　　　月　～　　　年　　　月 |  |
| 　年　　　月　～　　　年　　　月 |  |
| 　　　 計　　　年　 　ヶ月 |  |
| 申請区分 | 小児慢性特定疾病指定医 |
| 専門医資格ありの場合 | 専 門 医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| 有効期間 |  　年 　月 　日迄 |
| 専門医資格なしの場合 | 知事が行う研修 | **履修済み※** | 研修修了年月日 | 　年 　月 　日 |

　※専門医資格がなく、かつ、知事が行う研修を修了していない場合は指定できません。

（注）申請上の留意事項

　１　医師免許証の写しを添付してください。また、専門医資格の認定証等の写しまたは知事が

　　行った研修の修了証の写しを添付してください。

２　「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の１日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。　　 （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 |  |