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 |  |