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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　茨城県知事　殿

　　　　 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の１１の

規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現　住　所 | | 〒 | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏　　　名 | | 昭 | | | | | | 生年  月日 | 大正  昭和　　　　年　　　月　　　日  平成 | | |
| 連　絡　先 | | 電　話　番　号 | | |  | | | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | |
| 医籍登録番号 | | 第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | 医籍登録  年月日 | | 昭和  　　　　年　　月　　　日  平成 | |
| ①（専門医要件）又は  ②（研修終了要件）のいずれかを記載してください。 | | ① | 認定を受けている専門医の名称 | | | | | 専門医の認定機関（学会名） | | | |
| 名称  （有効期間　　　年　　月迄） | | | | | 学会名  （認定年月　　　　　年　　月） | | | |
| 名称  （有効期間　　　年　　月迄） | | | | | 学会名  （認定年月　　　　　年　　月） | | | |
| ② | 知事が行う研修の名称 | | |  | | | | | |
| 研修の修了日 | | |  | | | | | |
| 主として勤務する医療機関  （※）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主たる医療機関 | | 医　療  機関名 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒  茨城県 | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | |
| 担当する  診療科 | |  | | | | | | | |
| 経歴書欄 | ５年以上の診断又は治療に従事した経歴（臨床研修期間を含む）が分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。 | 従事した期間 | | | | | 従事した医療機関名 | | | | 従事した診療科 |
| 年　 　月～　 年 　 月 | | | | |  | | | |  |
| 年　 　月～　 年 　 月 | | | | |  | | | |  |
| 年　 　月～　 年 　 月 | | | | |  | | | |  |
| 年　 　月～　 年 　 月 | | | | |  | | | |  |
| 年　 　月～　 年 　 月 | | | | |  | | | |  |
| 合　　計　　期　　間 | | | | | 計　　　　　　　　　年　　　　　か月 | | | | |

　　添付書類

１　　医師免許の写し

　２　　専門医に認定されていることを証する書類の写し、又は指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○　主たる勤務先以外に勤務する茨城県内の医療機関があれば記載してください。 | | |
| 1 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 2 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 3 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 4 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 5 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |