小児慢性特定疾病指定医指定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする者 | ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 　年　　月　　日 |
| 居住地 | 〒 | 電 話番 号 |  |
| 医籍の状況 | 登録番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定要件に係る事項 | □ | 専門医の資格を有する |
|  | 学会名 |  |
| 資格の名称 |  |
| 認定期間 | 年　　月　　日から　 　年　　月　　日まで |
| □ | 研修を修了している |
|  | 研修の名称 |  |
| 修了年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| （宛先）旭川市長　　　　年　　　月　　　日　　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の規定により申請します。　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）　「主たる勤務先の医療機関」欄は，小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な診断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。複数ある場合は，裏面に記載してください。

【添付書類】　経歴書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |