**「小児慢性特定疾病指定医」指定申請書兼経歴書**

様式第２０号

申請日　　　　　　年月　　日

**香川県知事　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の申請をします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　　　名 |  | 電話番号 |  |
| 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 |
| ※ | ①専門医要件□ | 専門医の名称 |  |
| 専門医の認定機関（　学　　会　） |  |
| 認　定　期　間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　迄 |
| ②研修修了要件□ | 研修の名称 |  |
| 修了年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| **※上記の①又は②の欄について（①②のいずれか該当する方の　□　に　✔　をご記入ください。）** **□専門医資格をお持ちの方は、①のみに記入**し、専門医資格を証明する書類の写しを添付して申請してください。　　複数の資格がある場合は、どれか一つを記載し、それぞれの資格を証明する書類の写しを添付してください。 **□専門医資格をお持ちでない方で、指定医研修サイト（**[https://www.sdtweb.jp/**）の研修受講による申請の場合**](https://www.sdtweb.jp/%EF%BC%89%E3%81%AE%E7%A0%94%E4%BF%AE%E5%8F%97%E8%AC%9B%E3%81%AB%E3%82%88%E3%82%8B%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%81%AE%E5%A0%B4%E5%90%88)**は②にご記入ください。** |
| 勤　務　先の医　療　機　関主たる勤務先を記載してください。勤務先が複数ある場合、裏面に記載をお願いします。 | 医 療 機 関 名 |  |
| 所 　在 　地 | **〒** |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 経歴書臨床研修期間を含む５年以上の実務経験が分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。 | 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 |  |  |
| 合計従事期間 | 計年か月 |

【添付書類】

１．　医師免許証の写し

２．　専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し（指定医研修サイトから印刷）

＜裏面に続く＞

＜裏面＞

※表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（高松市を除く香川県内　の医療機関に限る）があれば記載してください。

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

