

記入例

「小児慢性特定疾病指定医」指定申請書兼経歴書

香川県知事 殿

提出の日を記載してください

申請日 ○○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の申請をします。

（フリガナ） 氏 名	カガワ タロウ 香川 太郎	電話番号	0000-00-0000
住 所	〒0000-0000 00県00市00町0丁目0-0		
生 年 月 日	00年 00月 00日		
医籍登録番号	第 0000000 号	医籍登録 年月日	00年00月00日
※	① 専門医 <input checked="" type="checkbox"/>	忘れずに <input checked="" type="checkbox"/> お願いします	00専門医
		専門医の認定機関 （学 会）	00学会
		認 定 期 間	00年00月00日 ~ 00年00月00日迄
	② 研修修了 要件 <input type="checkbox"/>	研修の名称	
	修了年月日	00年00月00日	
<p>※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 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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は②にご記入ください。</p>			
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	けんちょう小児科内科医院	
	所在地	〒762-△△△△ 00市00町0丁目0-0	
	電話番号	0000-00-0000	
	担当する診療科	00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）平成15年 4月 （至）平成20年 3月	00科	00病院
	（自）平成20年 4月 （至）平成26年 9月	00科	けんちょう小児科内科医院
	（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	00年 00か月

小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる勤務先（高松市除く香川県内に所在地があるもの）を記載してください

【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

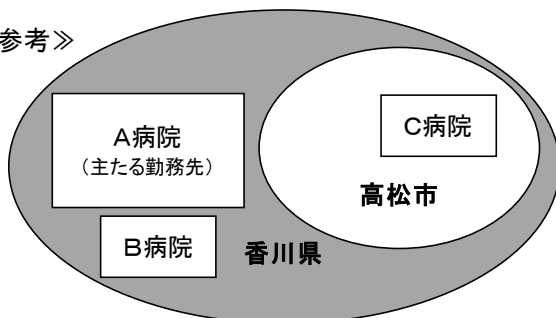
<裏面に続く>

<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	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
	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	

《参考》



《例》

A病院・B病院・C病院の3つの病院に勤務しており、その3つの病院の全てで小児慢性特定疾病医療意見書を作成する可能性がある場合

- ◎A病院・B病院については香川県に申請する
(A病院を申請書表面に、B病院を裏面に記載)
- ◎C病院については高松市に申請する