

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

(宛先) 秋田市長

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

| | | | | | |
|---|---------------|----------|--------------|------------------|------|
| ふりがな | | | 連絡先 電話番号 | 自宅・勤務先・携帯(いずれかに) | |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | 性別 | 男・女 |
| 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 (勤務先が複数ある 場合は裏面に記載) | 名称 | | | 電話番号 | |
| | 所在地 | 〒 | | | |
| | 担当する 診療科名 | | | | |
| 診断又は治療 に従事した 経歴(注1) | 従事した期間 | | 従事した医療機関等の名称 | | 診療科名 |
| | 年 月 ~ 年 月 | | | | |
| | 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 | | | |
| 指定要件に 関する事項 (又はの いずれかを記載) | 専門医資格 (注2) | 専門医の名称 | | | |
| | | 有効期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | | 認定機関(学会) | | | |
| | 研修の修了 | 研修の名称 | | | |
| | | 研修修了日 | | 年 月 日 | |

(注)

- 1 診断又は治療に従事した期間は、5年以上の従事経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。
- 2 専門医資格が複数ある場合は、主た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(裏面の書換等の記載のあるものは、裏面も添付)
- 2 専門医の資格を証明する書類の写し又は指定医研修の修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

(裏面)

表面に記載した勤務先以外に、秋田市内にある医療機関で、医療意見書を作成する可能性のある医療機関がある場合は、次に記載してください。

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