

## 小児慢性特定疾病指定医指定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 前橋市長

氏名

前橋 一郎

住所 〒371-〇〇〇〇

前橋市朝日町〇-〇-〇

電話番号

027-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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の規定に基づき申請します。

生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日					
医籍登録番号	第〇〇〇〇〇〇号	医籍登録年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			
①又は②のいずれかを記載	① 専門医の名称	〇〇〇専門医	専門医の認定機関(学会)	〇〇〇学会	専門医の有効期間	〇〇年〇月〇日迄
	② 研修の名称	〇年〇月〇日に受講		研修終了日	〇〇年〇〇月〇〇日	
※上記の①又は②の欄について ①は専門医要件で申請を希望する場合は記載、②は研修終了要件で申請を希望する場合に記載してください。						
研修受講を要件に、指定医申請を希望する場合は「〇年〇月〇日に受講」と記入してください。						
勤務先の医療機関 (※)	所在地	前橋市朝日町〇-〇-〇				
	電話番号	027-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	担当する診療科	〇〇科、△△科				

※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。

## 添付書類

1. 経歴書(様式第2号)

2. 医師免許証の写し

※裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと

3. 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終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があれば記載してください。

1	医療機関名	B病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 前橋市△△町〇-〇-〇
	電話番号	027-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科、△△科
2	医療機関名	Cクリニック
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 前橋市××町〇-〇-〇
	電話番号	027-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科
3	医療機関名	
	所在地	主たる勤務先以外に勤務をする医療機関について、可能な限り記入してください。
	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	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	