小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

（あて先） 宇都宮市長　　※　宇都宮市内医療機関用

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、同法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。

令和　　年　　月　　日

フリガナ							電話番号				
氏　名							メールアドレス				
現住所	〒										
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日						性　別	男　・　女			
医籍登録番号							医籍登録年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
①又は②のいずれかを記載※	①	専門医名称			専門医の認定機関（学会）			専門医の有効期間	年　月　日迄		
	②	研修の名称					研修修了日	年　月　日			

※　上記の①又は②の欄は，専門医要件で申請を希望する場合には①を記載，研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。

勤務先の医療機関※1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

診断又は治療に従事した期間及び医療機関等名称※2	従事した期間	従事した医療機関名	従事した診療科
	年　月 ～ 年　月		
	年　月 ～ 年　月		
	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		

※1　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。

※2　5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

添付書類

1. 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）

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育成研修の修了を証明する書面の写し

（裏面に続く）

（裏面）

○ 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し，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。
（※ 宇都宮市に所在する医療機関に限る。）

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	
5	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する 診 療 科	
6	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する 診 療 科	