第１号様式の８（第１条の６関係）

　　　　　　　　　　　　　　　**小児慢性特定疾病指定医指定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　郡山市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |  |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| ①又は②のいずれか（専門医要件で申請を希望する場合には①、研修終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。 |
| ①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 専門医の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| 専門医の有効期間 | 　　　　年　　月　　日 |  |  |
| ② | 研修の名称 |  | 研修終了日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

備考　主たる勤務先の医療機関は、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（第１号様式の９）

(2) 医師免許証の写し

(3) 専門医に認定されていることを証明する書面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

主たる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がある医療機関があれば

　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 |  |