

## 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	