

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

記入例

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

氏名 山梨 富士子



〒400-8501

住所 山梨県甲府市丸の内1-6-1

電話番号 055-111-2222

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	大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女		
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	大正 昭和 平成	年 月 日		
い ず 又 れ は か を の 記 載	専門医の 名 称	小児科専門医	専門医の認定 機関(学会)	日本小児科 学会	専門医の有効期間	平成 年 月 日迄
	研修の 名 称	小児慢性特定疾病指定医 研修会		研 修 了 日	平成29年12月31日までに 修了予定。	
専門医資格をお持ちでない場合は、平成29年12月31日までに山梨県が行う研修を修了する旨をご記入ください。				研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。		
勤 務 先 の 医 療 機 関 ()	医療機関名	福祉保健部健康増進課病院				
	所在地	〒400-0123 山梨県甲府市丸の内1- -				
	電話番号	055-223-				
	担当する 診療科	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修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	総合病院
	所在地	〒401-2345 市 1-2-34
	電話番号	- -
	担当する診療科	科
2	医療機関名	診療所
	所在地	〒402-3456 郡 村2-2-33
	電話番号	- -
	担当する診療科	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	