

(様式1号)

## 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

千葉県知事 様

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、下記のとおり申請します。

申請日： 年 月 日

フリガナ			電話 番号				
氏名 (※1)	⑩						
住所	〒 -						
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
医籍登録 番号	第	号		医籍登録 年月日	年	月	日
①②の いずれかを 記載	① 専門医 資格	専門医の 名称			専門医の 認定機関 (学会)		
		有効期間	年 月 日まで				
	② 県等が行 う研修	研修名称			研修修了 年月日	年 月 日	
勤務先の医療機関 (※2)	名称						
	所在地						
	電話番号						
	担当する 診療科名						
上記以外で意見書を作成する可能性のある医療機関 (※3)	名称			電話番号			
	所在地			担当する診療科名			
	名称			電話番号			
	所在地			担当する診療科名			
	名称			電話番号			
	所在地			担当する診療科			
診断又は治療に 従事した期間及び 病院等名称 (※4)	従事した期間			従事した病院等の名称			
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	年	月	～	年	月		
	計	年	か	月			

(※) 記載上の留意事項

- ※1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
- ※2 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(診断書)を作成する可能性のある医療機関(千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)について記載してください。
- ※3 (※2)の医療機関以外に、医療意見書(診断書)を作成する可能性のある医療機関(千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)があれば記載してください。
- ※4 5年以上の診断又は従事した経験(臨床研修期間を含む)がわかれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。ただし、「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。