

（あて先）八戸市長

申請者氏名

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

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10第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日	
氏名				生年月日	年 月 日	
居住地	〒			電話番号		
医籍登録	登録番号	第	号	登録年月日	年 月 日	
小児慢性特定疾病の診断書の作成を行うおとす医療機関	名称	〒			電話番号	
所在地	〒			電話番号		
担当する診療科名						
専門医資格	資格の名称			認定機関（学会名）		
	登録番号			有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
研修	研修の名称				研修の修了日	年 月 日
小児慢性特定疾病の診断・治療実績	診断・治療実績がある主な疾病名			小児慢性特定疾病の診断書（医療意見書）の作成実績	有・無	

注1 「小児慢性特定疾病の診断・治療実績」及び「小児慢性特定疾病の診断書（医療意見書）の作成実績」の欄は、専門医の資格がなく、かつ、研修を修了していない場合において、児童福祉法施行規則の一部を改正する省令（平成26年厚生労働省令第122号）附則第2条第1項の規定により指定医の指定を受けようとする場合に記載すること。

2 経歴書、医師免許証（裏面に書換等の記載があるものは、両面）の写し及び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研修を修了したことを証明する書類の写しを添付すること。

(裏面)

○主たる勤務先の医療機関（表面に記載の医療機関）以外に勤務をすることのある医療機関

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	