様式第１号

**小児慢性特定疾病指定医　指定申請書**

 　　年 　　月 　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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の規定に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 | 　　 |
| 医籍の登録番号 |  | 登録年月日 | 　　　年 月 日 |
| ①又は②のいずれかに記載 | ① | 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| ② | 研修の名称 |  | 研修修了日 |  |
| 上記①又は②の記載要領　①を記載する場合：専門医要件により申請する場合に記載してください。　②を記載する場合：指定医の育成研修修了要件により申請する場合に記載をしてください。 |
| 主たる勤務先の医療機関（※） | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科目 |  |

※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を記載してください。

〇添付書類

１　（様式第１号別紙）及び経歴書（様式第２号）

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類（写し）又は指定医育成研修の修了を証明する書

類（写し）

（様式第１号別紙）

**〇主たる勤務先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 |  |

（様式第２号）

**経　　歴　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間 | 診療科 | 従事した医療機関名 |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |

様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記載例】

**小児慢性特定疾病指定医　指定申請書**

 　　年 　　月 　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　高知　次朗

自宅の住所・電話

番号を記入してく

ださい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒７８０－○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知市本町○丁目○○番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０８８－８２３－○○○○

　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、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日 | 　　 |
| 医籍の登録番号 | 第○○○○○○○号 | 登録年月日 | 平成××年×月×日 |
| ①又は②のいずれかに記載 | ① | 専門医の資格の名称 | 小児科専門医 | 専門医の認定機関 | 日本小児科学会①②どちらかに記入 |
| ② | 研修の名称 | 小児慢性特定疾病指定医研修 | 研修修了日 | 令和××年×月×日 |
| 上記①又は②の記載要領　①を記載する場合：専門医要件により申請する場合に記載してください。　②を記載する場合：指定医の育成研修修了要件により申請する場合に記載をしてください。 |
| 主たる勤務先の医療機関（※） | 名　　称 | ○○医療法人　○○病院 |
| 所在地 | 〒７８３－○○○○南国市○○町○丁目○番地 |
| 電話番号 | ０８８－８６５－○○○○ |
| 担当する診療科目 | 小児科 |

※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を記載してください。

〇添付書類

１　（様式第１号別紙）及び経歴書（様式第２号）

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類（写し）又は指定医育成研修の修了を証明する書

類（写し）

（様式第１号別紙）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記載例】

**〇主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 | ○○医療法人　○○病院 |
| 所在地 | 〒７８２－○○○○香美市○○町○丁目○○番地 |
| 電話番号 | ０８８７－○○ー○○○○ |
| 担当する診療科 | 内科 |
| ２ | 医療機関名 | 様式第１号の「主たる勤務先の医療機関」以外で、医療意見書を作成する可能性がある医療機関を可能な範囲で記載。該当のない場合は、提出不要。 |
| 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 |  |

（様式第２号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記載例】

**経　　歴　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | コウチ　ジロウ | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 高知　次郎 |  年　　　月　　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間 | 診療科 | 従事した医療機関名 |
| 平成１８年４月～平成２２年３月 | 　小児科 | ○○病院 |
| 平成２２年４月～平成２６年３月 | 　内科 | △△病院 |
| 平成２６年４月～平成２６年１０月 | 　小児科 | □□病院 |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |