

(様式第1号別紙)

○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	

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 〒780-0000

高知市本町〇丁目〇〇番地

電話番号 088-823-0000

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		第〇〇〇〇〇〇〇号		登録年月日	平成××年×月×日
① ② 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
	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	〇〇医療法人 〇〇病院			
	所 在 地	〒783-0000 南国市〇〇町〇丁目〇番地			
	電話番号	088-865-0000			
	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。

○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)

○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	〇〇医療法人 〇〇病院	
	所在地	〒782-〇〇〇〇 香美市〇〇町〇丁目〇〇番地	
	電話番号	0887-〇〇-〇〇〇〇	
	担当する診療科	内科	
2	医療機関名		
	所在地	〒	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。
	電話番号		
	担当する診療科		
医療機関名			
3	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科		
	医療機関名		
4	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科		
	医療機関名		
5	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科		
	医療機関名		

