

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

令和3年〇月〇日

京都市長様

氏名 京都 一郎

住所 〒604-0000
京都市中京区〇〇1番地

電話番号 075-000-0000

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の規定に基づき申請します。

生年月日	昭和40年1月1日		性別	男・女		
医籍登録番号	第111111号		医籍登録年月日	平成5年1月1日		
① れ又は かは を② 記の 載い	① 専門医の 名称	小児専門医	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	令和4年12月31日迄
	② 研修の 名称			研修 了日	年 月 日	
※上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載、②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	京都〇〇病院				
	所在地	〒600-0000 京都市中京区〇〇2番地				
	電話番号	075-000-0000				
	担当する 診療科	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について記載してください。

添付書類

1. 経歴書（第2号様式）
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)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、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。(本市に所在する医療機関に限る。)

1	医療機関名	〇〇クリニック
	所在地	〒600-0000 京都市北区〇〇2番地
	電話番号	075-000-0000
	担当する診療科	小児科
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	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

令和3年〇月〇日現在

フリガナ	キョウトイチロウ		性 別	生 年 月 日
氏 名	京都 一郎	男	・ 女	昭和40年1月1日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名		
自 平成5年4月	小児科	××病院		
至 平成10年12月				
自 平成11年1月	小児科	〇〇診療所		
至 平成17年12月				
自 平成17年12月	小児科	京都〇〇病院		
至 令和3年1月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
自 年 月				
至 年 月				
合 計 期 間		計 27年 7箇月		