(表面)

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

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12の規定に基づき申請します。

生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
医籍登録番号		医 籍 登録年月日	年 月 日	
い① 載す ま れ た か は を 記 す ※ ①	① 専門医の 名 称	専門医の認定 機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄
	② 研 修 の 名 称		研 修 了 日	年 月 日
※ 上記の①または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。				
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)	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(奈良市にある勤務先)について記載してください。

添付書類

1. 経歴書(別紙)
2. 医師免許証のコピー(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コピー又は指定医の研修修了を証明する書類のコピー

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外に勤務し、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。(奈良市に所在する医療機関に限る。)

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	

(別紙)

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 年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名	印	男 ・ 女	年 月 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 年 月			
至 年 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			
自 年 月			
至 年 月			
合 計 期 間		計	年 月 日