

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

令和 年 月 日

秋田県知事 様

氏 名
住 所 〒
(所属先)
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の規定に基づき申請します。

生 年 月 日		昭 和 年 月 日 平 成		性 別		男 ・ 女	
医籍登録番号				医 籍 登録年月日		昭 和 年 月 日 平 成	
す① れ又 かは を② 記の 載い	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。 なお、経過措置特例に基づく指定医の申請を行う場合は、①と②のいずれも記載不要。							
秋 田 県 内 の (秋 田 市 を 除 く) 主 たる 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医療機関（秋田市を除く）について記載してください。

添付書類

- 1. 経歴書（様式2号）
- 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）

○表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（秋田市を除く）を記載してください。

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	

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。

年 月 日現在

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