様式第２号の３

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

　　　　年　　月　　日

山形県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

氏　名

　　小児慢性特定疾病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第1項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住所 | （郵便番号　　　　　　　　）（電話番号　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　別 | 男・女 |
| 医 籍 登 録番　 　　号 | 第　　　　　　　　　　　　号 | 医籍登録年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名　　称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　　）（電話番号　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 主たる勤務先以外の医療機関 | 　別紙のとおり |
| 指定医の指定要件に関する事項 | □ | 専門医の資格を有する場合 |
| 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関（学会名） |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関（学会名） |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| □ | 専門医の資格を有しない場合 |
| 研修の名称 |  |
| 研修修了日 | 年　　月　　日 |

備考　１　「性別」の欄については、該当するものを○で囲むこと。

２　「指定医の指定要件に関する事項」の欄については、該当する□にレ印を記入の上、必要事項を記入すること。

３　次の書類を添付すること。

(1) 経歴書

(2) 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育成研修の研修修

了を証明する書類の写し

(3) 医師免許証の写し

別紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） 　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |
| ２ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） 　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |
| ３ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） 　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |
| ４ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） 　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |
| ５ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　　　　　） 　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |

　備考　主たる勤務先の医療機関以外に勤務し、小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要

な診断書を作成する可能性のある医療機関について記載すること。