

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

記入例

令和〇〇年〇月〇〇日

横浜市長 殿

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、下記のとおり申請します。

| | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------------------|-------------------|--|--------------|--------------|
| 氏名 | 横浜 太郎 | | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | 昭和〇〇年 △月 □□日 |
| 現住所 | 〒231-0017 横浜市 中区港町1-1 | | | 電話番号 | 045(671)4115 | |
| 医籍登録番号 | 第 〇〇〇〇〇〇〇 号 | 医籍登録年月日 | 昭和△△年 〇〇月 □日 | | | |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名称 | 横浜市こども病院 | | | | |
| | 所在地 | 〒225-0024 横浜市 青葉区市が尾町31番地4 | | | | |
| | 電話番号 | 045(978)2337 | | | | |
| | 担当する診療科名 | 小児科 | | | | |
| | ※上記以外にも市内に勤務先があり、その勤務先でも診断書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。 | | | | | |
| 診断又は治療に従事した期間及び病院等名称 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 | | | | |
| | 平成 6年4月～平成 26年9月 | 横浜市こども病院 | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | |
| | 年 月～ 年 月 | | | | | |
| | | 計 20年 6ヶ月 | | | | |
| 指定要件 | 専門医資格 | 専門医の名称 | | | 専門医の認定機関 | |
| | 資格証(写)を添付すること | 有効期間 | | | | |
| | <input checked="" type="radio"/> 市長が行う研修 | 研修 | 平成29年3月31日までに履修予定 | 研修修了年月日 | 年 月 日 | |

(注) 記載上の留意事項

- 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。なお、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。
- 指定要件は「専門医資格」又は「市長が行う研修」のいずれかに○をしていただき、必要事項を記載してください。