小児慢性特定疾病指定医 指定申請書(兼)経歴書 **更新**

**更新：**指定終期（令和　 年　　月末）

広島県知事　様

　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、次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日 ： 　　　　 年　　　月　　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | | | 小児慢性特定疾病指定医 | | | | 指定医番号 | | | |  |
| ふ り が な | | |  | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 医師氏名 | | |  | | | |
| 医師住所 | | | 〒　　　　－ （電話 　 －　 　 　－ 　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 医籍登録 番号 | | |  | | | 医籍登録年月日 | | | |  | |
| 主に従事  している  医療機関 | | | 所在地 | | 〒 - | | （電話　 －　 　－　　　　） | | | | |
|  | | | | | | |
| 名　称 | |  | | | | | | |
| 担当する 診療科名 | |  | | | | | | |
| 診断・治療  に従事した  経歴及び  医療機関名  (過去5年分) | | | 従事した期間 | | | | | | 従事した医療機関の名称 | | |
| 年　　 月～　現在まで | | | | | |  | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | | | |  | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | | | |  | | |
| 年　　 月～　　　　　年　　 月 | | | | | |  | | |
| 指定  要件  ①･②の　いずれか | ① 専門医の  資格名称 | | |  | | | | 専門医の 認定機関  （学会名） | |  | |
|  | 有効期間 | | 年　　月　　日まで | | | |
| ② 研修名称 | | |  | | | | 研修修了  年月日 | | 年　　月　　日 | |

【次の書類を添付してください】

* 医師免許証のコピー（氏名や医籍登録番号を変更された場合は、添付してください。）
* 指定要件①又は②のいずれか

1. 専門医の認定を証明する書類コピー（別紙：厚生労働省の定める認定機関が認定する専門医資格）
2. 研修修了を証明する書類コピー

（小児慢性特定疾病指定医研修サイトによる指定医の研修　　<https://www.sdtweb.jp/> ）

【主に勤務する医療機関以外に勤務する医療機関がある場合は、うら面に記入してください。】

（うら面）

主に勤務する医療機関以外に勤務する医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ２ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ３ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ４ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ５ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |