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 |  |