

小 慢

指定医指定申請書兼経歴書

(フリガナ) 氏 名			
生年月日	年	月	日
連絡先	現住所		
	電話番号		
	メールアドレス		
勤務先の 医療機関 <small>(主たる勤務先を記載 勤務先が複数ある場合は、 裏面に記載)</small>	名 称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
	担当する診療科名		
医籍登録 番 号	第	号	医籍登録 年 月 日
診断又は治療に 従事した期間 及び勤務先の 医療機関の名称 (過去5年以上)	期 間		医療機関の名称
指定要件に 関する事項	①専門医資格	専門医の名称	
		有効期間	
		認定機関	
	②知事が行う研修	研修名称	
		修了年月日	
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の3第1項の規定による指定医の指定の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>石 川 県 知 事 殿</p>			

- (注) 1. 勤務先の医療機関は、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主たる勤務先を記載すること。
2. 医師免許証の写しを添付すること
3. 専門医の資格を証明する書類の写しを添付すること（専門医資格による申請の場合のみ）
複数の資格がある場合には、それぞれの資格を証明する書類を添付すること。

勤務先の医療機関

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
勤務先の 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	