

小 慢

指定医指定申請書兼経歴書

(フリガナ) 氏 名	イシカワ タロウ 石川 太郎		
生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日	年 齢	●● 歳
連絡先	現住所	〒920-8580 石川県金沢市鞍月●丁目●番地	
	電話番号	076-225-●●●●	
	メールアドレス	IshikawaXX@pref.ishikawa.lg.jp	
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	小慢対策診療所	
	所在地	〒925-XXXX 石川県●●市●●1丁目1番地	
	電話番号	XXX-XXX-XXXX	
	担当する診療科名	〇〇科	
医籍登録 番 号	第 ●●●●●● 号	医籍登録 年 月 日	●●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 ●●年●●月～●●年●●月 ●●年●●月～●●年●●月	医療機関の名称 小慢対策病院 小慢対策診療所
指定要件に 関する事項	専門医資格が複数ある場合には、どれか一つを記載し、 それぞれの資格を証明する書類を添付してください。		
	①専門医資格	専門医の名称	●●●専門医
	②知事が行う研修	有効期間	●年●月●日～●年●月●日
		認定機関	日本●●●学会
	研修名称	●年度石川県小児慢性特定疾病 指定医研修	
	修了年月日	●年●月●日	
上記のとおり、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の よる指定医の指定の申請をします。			②の場合は、 事前に研修の受講が必要です。
令和●●年 ●●月 ●●日	提出の日を記載	氏 名	石川 太郎
石川県知事			

- (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

表面に記載した勤務先以外で、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（金沢市を除く石川県内の医療機関に限る）に勤務している場合、記載すること。

勤務先の 医療機関	名 称	小慢対策病院
	所 在 地	〒925-×××× 石川県〇〇市鞍月〇丁目△番地
	電 話 番 号	×××-×××-××××
	担当する診療科名	〇〇科
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	