|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 様式１号  **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 | | | 年　 齢 | 歳 |
| 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  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 | | 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 | 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 |  | |
| 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。    年　　　月　　　日  氏　名  　石 川 県 知 事 　殿 | | | | | | |
| （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

〇 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 |  |