

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書兼経歴書

宮城県知事 殿

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、下記のとおり申請します。

申請日 令和 6年 〇月 〇日

新規	更新	(更新の場合) 指定医番号												
フリ 氏	ガナ 名	ミヤギ タロウ	電話番号		090-0000-0000									
		宮城 太郎	メールアドレス		m-miyagi@xxx.xxx									
現住所		〒 980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号												
生年月日		昭和〇〇年××月△△日			性別		男・女		年齢		〇〇歳			
医籍登録 番号		第 000000 号			医籍登録 年月日		平成 〇〇 年 ×× 月 △△ 日							
宮城県内の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の医療機関		名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院											
		所在地	〒 XXX-XXXX 宮城県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号											
		電話番号	022-000-0000		※重要 仙台市外の医療機関のうち、主として医療意見 書を作成する予定の医療機関の名称等を御記載く ださい。									
		担当する 診療科名	内科, 小児科											
診断又は治療に従事し た期間(直近5年間)及 び病院等名称 ※1		従事した期間					従事した病院等の名称							
		令和1年4月 ~ 令和2年3月					〇〇診療所							
		令和2年4月 ~ 令和3年3月					××クリニック							
		令和3年4月 ~ 令和 年 月					医療法人社団〇〇会 〇〇病院							
		年 月 ~ 年 月					現在に至る							
		年 月 ~ 年 月												
		計 11年1か月					従事したすべての期間							
新規 のみ記載 右欄は 申請時	専門医資格 ※2	専門医 の名称				専門医の 認定機関 (学会名)								
		有効期間												
	知事が行う 研修 ※3	研修名称				研修修了 年月日		年 月 日						

※1 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。

※2 「専門医資格」の欄は、専門医資格により「小児慢性特定疾病指定医」の申請を行う場合のみ記載してください。

※3 「知事が行う研修」の欄は、専門医資格により「小児慢性特定疾病指定医」の申請を行う場合は記載不要です。

【添付書類(該当する場合に限る)】

- 医師免許証の写し※氏名、医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合のみ添付が必要です。
- 専門医の認定証の写し(有効期間が記載されているものに限る。)※専門医資格による「小児慢性特定疾病指定医」への変更を行う場合のみ添付が必要です。