

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

大分市長

殿

〒

住 所

ふりがな

申請者 氏 名

電話番号

指定医番号 (更新申請の場合)

児童福祉法に規定する小児慢性特定疾病指定医の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

生 年 月 日	年 月 日			
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日
指定医の要件に係る事項 いずれかにチェックを <input checked="" type="checkbox"/> 入れてください。	<input type="checkbox"/> 専門医の資格を有する	専門医名称		
		認定機関名		
		有効期限	年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 研修を受講	研修名称		
		研修修了日	年 月 日	
主たる勤務先の医療機関 (※)	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号			
	担当する診療科			

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な診断書(医療意見書)を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。

添付書類

1. 経歴書
2. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)
3. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先以外に勤務し、診断書（医療意見書）を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

従たる 勤務先の 医療機関 1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従たる 勤務先の 医療機関 2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従たる 勤務先の 医療機関 3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従たる 勤務先の 医療機関 4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従たる 勤務先の 医療機関 5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	

