第３号様式（第５条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

児童福祉法施行規則第７条の10第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 指定医番号 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 男・女 | 昭和・平成年　　月　　日 |  |
| 居住地 | 〒 | 電話番号 |  |
| 医籍の登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 医籍の登録年月日 | 昭和・平成　　　　年　　月　　日 |
| 指定医要件 | 専門医の資格 | 名称 |  | 認定期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 専門医の認定機関（学会） |  |
| 修了した知事が行う研修 | 名称 |  | 修了日 | 年　　月　　日 |
| 診断書の作成を行おうとする医療機関（県の区域（横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市の区域を除く。）内の医療機関に限る。） | 主たる勤務先 | 名称 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 | 担当する診療科名 |  |
| 主たる勤務先以外の勤務先 | 名称 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 | 担当する診療科名 |  |
| 名称 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 | 担当する診療科名 |  |
| 名称 |  | 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 | 担当する診療科名 |  |
| 診断又は治療に従事した経歴 | 従事した期間 | 従事した医療機関の名称 | 従事した診療科名 |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 |  |  |
| 合計期間 | 年　　月 |

備考　１　「指定医要件」の欄は、「専門医資格」又は「修了した知事が行う研修」のいずれかに○印を付け、必要事項を記入してください。

　　　２　「主たる勤務先以外の勤務先」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。

３　「従事した期間」の欄は、月単位で記入し、従事し始めた月の初日がその月の１日でない場合には当該月を算入せず、

また、従事しなくなった日の属する月を算入して記入してください。なお、５年以上の診断又は治療に従事した期間（臨

床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記入する必要はありません。

　　　４　氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | ①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。）②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する書類の写し※①、②共にＡ４サイズでの写しとすること。 |