

小児慢性特定疾病指定医指定（更新）申請書（新規・更新）

（提出先）
川越市長

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				
電話番号	()				
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年	月 日
勤務先医療機関（診断書の作成を行おうとする医療機関）	医療機関名	①	②		
	所在地	〒		〒	
	電話番号				
	担当する診療科名				
指定要件に関する事項（1又は2のいずれかに記入してください。）	1 専門医資格に関する事項（専門医資格を有する者に限る。）				
	専門医の名称			専門医の認定機関（学会名）	
	専門医の有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで				
	2 都道府県等が行う研修に関する事項				
	研修の名称			研修修了日	
小児慢性特定疾病に係る指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の10第1項の規定により申請します。					
年 月 日 氏名					
指定通知の送付先 1 勤務先医療機関① 2 勤務先医療機関② 3 申請者の住所					

備考

- 1 氏名については、自署又は記名押印のいずれかの方法により記入してください。
- 2 「勤務先医療機関（診断書の作成を行おうとする医療機関）」の欄は、小児慢性特定疾病に係る診断書の作成を行う川越市内の勤務先医療機関を記入してください。
また、①には、診断書の作成を行おうとする主たる医療機関を記入してください。

添付書類

- 1 経歴書
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換え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)

○表面の勤務先以外に勤務し、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。

1	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	