

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

平成 年 月 日

八王子市長 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、同法施行規則第 7 条の 11 の規定に基づき申請します。

氏名	①		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒				電話番号	()
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日		年 月 日	
主たる勤務先の医療機関	名称					
	所在地	〒				
	電話番号					
	担当する診療科名					
	※上記以外にも都内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。					
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	従事した期間			従事した病院等の名称		
	年 月～	年 月				
	年 月～	年 月				
	年 月～	年 月				
	年 月～	年 月				
	年 月～	年 月				
計			年	ヶ月		
指定要件	専門医資格 ※資格証を添付すること	専門医の名称			専門医の認定機関	
		有効期間				
	知事が行う研修	研修の名称			研修修了年月日	年 月 日

(注) 記載上の留意事項

- 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
- 「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。なお、5 年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。
- 指定要件は「専門医資格」又は「市長が行う研修」のいずれかに○をしていただき、必要事項を記載してください。

(裏)

○表面の記載以外の勤務先医療機関（医療意見書を作成する場合に限る。）

1	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	