

松江市小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

年 月 日

(あて先) 松江市・島根県共同設置
松江保健所長

氏 名

〒

住 所

電話番号

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、

児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。

生年月日		年 月 日			
医籍登録番号		医 籍 登録年月日		年 月 日	
ず① れ又 かは を② 記の 載い	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄
	②	研 修 の 名 称		研 修 了 日	年 月 日
※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件で指定医の申請をする場合に記載。 ②都道府県等が実施する指定医の研修受講による指定医の申請をする場合に記載。					
医療意見書を作成 する主たる勤務先 の医療機関	医療機関名				
	所在地		〒		
	電話番号				
	担当する 診療科				

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または指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

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	

経 歴 書

※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、全ての経歴を記載する必要はありません。

診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計 期間	計 年 か月	