

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

ふりがな				生年月日	
氏名				S H 年 月 日	
現住所		〒 連絡先 () - () - ()			
医籍登録番号		第	号	医籍登録年月日	S H 年 月 日
主たる勤務先	名称				
	所在地	〒 連絡先 () - () - ()			
	担当する診療科名				
診療又は治療に従事した期間及び病院等名称 (5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載)	従事した期間		従事した医療機関名		診療科
	～				
	～				
	～				
	～				
		(計 年 ヶ月)			
指定要件	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～
					年 月 日
					年 月 日～
				年 月 日	
都道府県知事等が行う研修		研修名			
		研修受講年月日	令和 年 月 日受講		

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師として指定を受けたいので上記のとおり誓約(該当する者に限る)し、申請します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

申請者氏名

※ 添付書類

1. 医師免許証の写し(必須)(裏面に書換等の記載があるものは、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
3. 研修受講の場合は、都道府県等が行う研修を受講したことを証する書類

注) 兵庫県内に所在する医療機関のうち、神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市のものを除く