

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

ふりがな	ひょうご たろう		生年月日
氏名	兵庫 太郎		S H 年 月 日
現住所	〒 自宅住所をご記載ください) - ()		
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	〇〇大学病院 最初に医籍に登録された年月日です	
	所在地	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇市〇〇町×-× 連絡先 () - () - ()	
	担当する診療科名	〇〇内科 担当する診療科が複数ある場合は、複数の診療科を記載	
診療又は治療に従事した期間及び病院等名称 <small>(5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載)</small>	従事した期間	従事した医療機関名	診療科
	H 5 . 4 . 1 ~ 現在 ~ ~ ~		
	(計 年 ヶ月)		有効期間の記載必須
指定要件	専門医資格 <small>(資格を有する者のみ記載)</small>	専門医の名称	専門医の認定機関 (学会) <small>専門医の有効期間</small>
		総合内科専門医	日本内科学会 R3年4月1日~ R7年3月31日
		「指定申請書の手引き」に記載のある学会以外は不可。専門医のみ、認定医は不可	
研修	研修名	兵庫県小児慢性特定疾病指定医育成研修	
	研修受講年月日	平成30年1月15日受講	

児童福祉法第19条の3第1項に(専門医欄に記載がない場合は、知事の行う研修受講が前提となります。申請者に限る)し、申請します。

兵庫県知事 様

年 月 日

申請者氏名 申請年月日も必ずご記載ください

※ 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