

別記第1号様式の2の13（第1条の12関係）  
（表）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

（宛先）港区長

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、以下のとおり申請します。

新規・更新	（更新の場合）指定医番号										
氏名						生年月日	年 月 日				
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 か月									
指定要件	専門医資格 ※資格証を添付	専門医の名称				専門医の認定機関					
		有効期間									
	区長が行う研修	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月の初日ではない場合は、当該月を「従事した期間」に算入しないでください。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（臨床研修期間を含みます。）があることが分かれば、全ての経歴を記載していただく必要はありません。
- 指定要件は、「専門医資格」又は「区長が行う研修」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りです。）

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	