

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

- 1 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。
- 2 「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。
- 3 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があります。）

| | | |
|---|----------|---|
| 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 | |