第１１号様式

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）川崎市長

　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、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | 生年月日 | | 年 月 　 日 |
| 現　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 | 〒  　川崎市 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 担当する  診療科名 |  | | | | | | | |
| ※上記以外にも勤務先があり、その勤務先でも診断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  医療機関名 | | 従事した期間 | | | | | 従事した医療機関名 | | | |
| 年　　月～　　　年　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | | | |  | | | |
| **計　　　年　 　　　月** | | | | |  | | | |
| 指定要件 | 専門医  資格  ※資格証を  添付すること | 専門医の名称 | |  | | | 専門医の  認定機関 | |  | |
| 有効期間 | |  | | |
| 自治体が  行う研修 | 研　　修 | | 年　　月　　日までに履修予定 | | 研修修了  年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |

（注）記載上の留意事項

　１．「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毎月の１日でない場合には当該月を算入せず、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（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

　２．指定要件は「専門医資格」又は「自治体が行う研修」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。

○表面の記載以外の勤務先医療機関

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