

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	㊟	性別	男・女	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	〒				
	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 <small>※資格証を添付すること</small>	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	研修修了年月日		年 月 日
			までに履修予定			

(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。
3. 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（川崎市内に所在する医療機関に限る。）

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	