

# 小児慢性特定疾病指定医指定申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

北海道知事 様

医師氏名 北 海 次 郎

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
住 所 江別市北3条西6丁目〇番〇号

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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、児童福祉法施行規則第7条の12の規定により、次のとおり申請します。

生年月日		昭和 〇〇年〇〇月〇日	性別	男・女
医籍登録番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇	医籍登録年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇日
①又は②のいずれかを記載 (※)	① 専門医の認定機関	日本小児科学会	資格の名称	小児科専門医
	② 研修の名称		研修了日	年 月 日
<p>【別表】厚生労働大臣が定める学会が認定する専門医の資格から記載してください。</p> <p>この区分による申請は、指定医研修実施後から受付します。</p>				
<p>※ 上記①又は②の記載要領</p> <p>①を記載する場合：専門医資格による指定医の申請の場合。</p> <p>②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による指定医の申請の場合。</p>				
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	健康安全局病院		
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 江別市北3条西6丁目〇番〇号		
	電話番号	札幌市、旭川市、函館市内の医療機関に勤務する場合は、各3市へ申請が必要。		
	担当する診療科	〇〇〇科		

## 添付書類

1. 経歴書（様式第2号）【専門医資格を証明する書面又は5年以上の実務経験を確認できる任意様式も可】
2. 医師免許証の写し
3. 専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）又は指定医の研修修了を証明する書類（写し可）