

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

住所、氏名、電話番号については、この後の変更届等に係る連絡先となります。

〒920-0024
住所 金沢市西念〇丁目〇番〇号

氏名 金沢 太郎 (印)

電話番号 076-000-0000

児童福祉法第19条の3第1項の指定医の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男・女		
①又②のいずれかを記入	複数の資格がある場合は、そのうちのどれか一つを記載してください。認定の有効期間	第1234567号		医籍登録年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
		総合内科専門医	専門医の資格の認定機関	日本内科学会	専門医の資格の認定期間
②	研修の名称	研修の修了日	年 月 日		
上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記入してください。					
主たる勤務先の医療機関(※)	医療機関名	金沢市広坂診療所			
	所在地	〒920-0962 金沢市広坂〇丁目〇番〇号			
	電話番号	076-000-1111			
	担当する診療科名	内科			

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請に必要な医療意見書(児童福祉法第19条の3第1項の診断書をいいます。)を作成する可能性のある本市に所在する主たる医療機関について記入してください。

添付書類

- 経歴書
- 医師免許証の写し
(裏面に書換え等の記載のあるものは、裏面も添付してください。)
- 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

(裏面)

表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書（児童福祉法第19条の3第1項の診断書をいいます。）を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください（本市に所在する医療機関に限ります。）。

1	医療機関名	金沢市西念病院	主に意見書を作成する医療機関以外に、金沢市内に所在する医療機関において意見書を作成する可能性がある場合には記載をしてください
	所在地	〒920-0024 金沢市西念△丁目△番△号	
	電話番号	076-000-0000	
	担当する診療科名	内科	
2	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	担当する診療科名		
3	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	担当する診療科名		
4	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	担当する診療科名		
5	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	担当する診療科名		