

## 指定医指定申請書兼経歴書（小児慢性特定疾病）

ふりがな		性別		生年月日	
氏名		男・女		T S H 年 月 日	
医籍登録番号		第 号	医籍登録年月日	T・S・H 年 月 日	
主たる勤務先	名称				
	所在地及び電話番号				
	担当する診療科名				
診療又は治療に従事した期間及び病院等名称 <u>（5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載）</u> 平成 年 月 日現在		従事した期間 ～ ～ ～ ～ ～ （計 年 ヶ月）	従事した医療機関名	診療科	
指定要件	専門医資格 （資格を有する者のみ記載）	専門医の名称	専門医の認定機関（学会）	専門医の有効期間	
				年 月 日～ 年 月 日まで	
				年 月 日～ 年 月 日まで	

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師として指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき上記のとおり誓約（該当する者に限る）し、申請します。

年 月 日

那覇市長 様

申請者氏名

印

住 所

電話番号

添付書類

1. 医師免許証の写し（必須）（裏面に書換等の記載があるものは、裏面も添付のこと）
2. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し

（裏面に続く）

- 表面の主たる勤務先以外に勤務し、医療意見書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。
- 那覇市内に所在する医療機関のみ、ご記載ください。

1	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	