第４号の２の１２様式（第２条の２の１１関係）

新規 ・ 更新

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年　月　日

杉並保健所長　宛

氏　名

〒

住　所

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１１の規定により申請します。

生年月日			年　月　日		電話番号		
医籍登録番号					医籍登録年月日	年　月　日	
①又は②のいずれかを記載	①	専門医の名称		専門医の認定機関（学会）		専門医の有効期限	年　月　日まで
	②	研修の名称			研修修了日		

※ 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を記載し、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。

診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	従事した期間	従事した病院等の名称
	年　月～　年　月	
	年　月～　年　月	
	年　月～　年　月	
	年　月～　年　月	
	年　月～　年　月	
	計　年　月	

主たる勤務先の医療機関（※１）		
	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

※ 記載上の留意事項

「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、従事を修了した月は、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、全ての経歴を記載する必要はありません。

【添付書類】

１　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。）

２　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

表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、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（申請先となる杉並区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	