

(申請書類とともに提出してください)

小児慢性特定疾病指定医・指定医療機関 指定申請書類送付票

申請するものに○印を記入してください	指定医療機関	指定医	年	月	日
--------------------	--------	-----	---	---	---

指定医療機関			
名称	提出する書類に○印を記入してください。		
所在地	〒	指定申請書(誓約書)	役員名簿
連絡先☎			
連絡担当者 職名・氏名			

指定医		指定医の要件に係る事項 (専門医又は研修の名称等)	提出する書類に○印を記入してください。					
No.	氏名		指定申請書	経歴書	医師免許証の写し	専門医認定を証明する書類の写し	指定医研修修了を証明する書類の写し	氏名等の変更を証明する書類※該当者のみ
記入例	山田 太郎	小児科専門医	○	○	○	○		
	鈴木 花子	脳神経外科専門医	○	○	○	○		○
	小川 二郎	佐賀県での研修受講希望	○	○	○			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

※注 「医師免許証」、「専門医に認定されていることを証明する書類」等の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類(戸籍抄本等)の写しを添付してください。

記入欄が不足する場合は、適宜追加又は別紙を添付してください。