

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

氏 名

〒

住 所

電話番号

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の規定に基づき申請します。

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
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)	① 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 まで
	② 研修の 名 称	研 修 了 日	年 月 日
※1 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合に記載、②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。			
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※2)	医 療 機 関 名		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	担 当 す る 診 療 科		
※2 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。従たる医療機関については裏面に記載してください。			
添付書類	1 経歴書(様式第2号) 2 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと) 3 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		
連絡先(指定通知の送付先) いずれかに○	1 上記医療機関	2 申請者居住地	

(裏面に続く)

(様式第1号裏面)

○ 表面の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。

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	