

小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医 (指定・指定更新) 申 請 書

年 月 日

久留米市長 殿

氏 名
〒
住 所

電話番号

生年月日 年 月 日

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の〔指定・指定の更新〕を受けたいので、児童福祉法施行規則〔第7条の11・第7条の12〕の規定に基づき申請します。

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 有効期間	年 月 日迄
	②	研 修 の 名 称		研 修 修 了 日	年 月 日
※ 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 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 (※1)		医 療 機 関 名			
		所 在 地	〒		
		電 話 番 号			
		担 当 す る 診 療 科			

・指定・指定更新のいずれかに○をしてください。

※1 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で、久留米市管轄(福岡県、北九州市及び福岡市を除く。)にある勤務先を記載してください。

添付書類

1. 経歴書
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

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の主たる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。

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	