

(表面)

第23号様式(第32条関係)

### 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

江戸川区長 殿

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			
医 籍 登 録 番 号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
ず れ か を 記 載	又 は の い	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
		研 修 の 名 称		研 修 了 日	
上記の 又は の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には を記載し、研修修了要件で申請を希望する場合には 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 ( )	医 療 機 関 名				
	所 在 地		〒		
	電 話 番 号				
	担 当 する 診 療 科				

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。

#### 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

(裏面)

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	