

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

令和●●年●●月●●日

久留米市長 殿

氏 名 久留米 太郎

住 所 (居住地を記載)

電話番号 (連絡がつく番号を記載)

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	平成●●年●●月●●日					
医籍登録番号	△△△△△△		医籍登録年月日	平成△△年△△月△△日		
記載 ① ②	① 専門医の名称	□□専門医	専門医の認定機関(学会)	日本□□学会	専門医の有効期間	令和□□年□□月□□日迄
	② 研修の名称	小児慢性特定疾病指定医研修		研修了日	令和××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	久留米市内の医療機関の名称等を記入してください。				
	所在地					
	電話番号					
	担当する診療科					

※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		

主たる勤務先の医療機関以外で、医療意見書を作成する場合に記入してください。医療機関の所在地は問いません。