

年 月 日

函館市長 様

住所

申請者 氏名

電話

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の規定により次のとおり申請します。

生 年 月 日		年 月 日		/	
医 籍 登 録 番 号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
①または②のいずれかを記載	①	専 門 医 の 名 称	認 定 機 関		
			有 効 期 間	年 月 日 まで	
	②	研 修 の 名 称	研 修 終 了 日		
※上記の①または②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修終了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。					
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				

添付書類

- 1 経歴書(第2号様式)
- 2 医師免許証の写し
- 3 専門医に認定されていることを証明する書面の写しまたは指定医育成研修の終了を証明する書面の写し

注 主たる勤務先の医療機関欄は、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。

主たる勤務先以外の医療機関のうち、勤務して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	