

（表面）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者 居住地 〒

氏名 ⑩

生年月日 年 月 日

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第1項の規定により申請します。

フリガナ					
氏名					
医籍	登録番号	第	号	登録年月日	年 月 日
担当する診療科名					
認定要件 ※1	①専門医 の資格	資格の 名称	認定 期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	②研修 の修了	研修の 名称	修了 日	年 月 日	
※1 ①又は②のいずれかを記載してください。					
診断書の作成を行おうとする医療機関 (主たるもの)	名称				
	所在地	〒 和歌山市			
	電話番号				

添付書類

- 1 診断又は治療に従事した期間及び従事した医療機関並びに診療科名が記載された経歴書
- 2 医師免許証の写し（裏面に書き換え等の記載のあるものは、裏面も添付してください。）
- 3 専門医の資格を証する書面又は研修を修了したことを証する書面

裏面に続く

(裏面)

表面に記載の医療機関以外の和歌山市内の医療機関で診断書を作成する可能性のある場合は、下記にも記載してください。

1	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
2	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
3	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
4	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	
5	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	
6	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	