

## 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書兼経歴書

宮城県知事 殿

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、下記のとおり申請します。

申請日 令和〇年〇月〇日

<b>新規</b> ・更新	(更新の場合) 指定医番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
氏名	宮城 太郎	電話番号	090-0000-0000									
		メールアドレス	△△△@□□□									
現住所	〒 980 - 8570 宮城県〇〇市××1-1-1											
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	性別	男・女	年齢	〇〇 歳							
医籍登録番号	第 000000 号	医籍登録年月日	平成〇〇年〇月〇日									
宮城県内の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の医療機関	名称	〇〇病院										
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 宮城県〇〇市××1-2-3										
	電話番号	022-111-1111										
	担当する診療科名	内科, 小児科										
診断又は治療に従事した期間(直近5年間)及び病院等名称 ※1	従事した期間	従事した病院等の名称										
	平成23年4月 ~ 平成25年3月	〇〇診療所										
	平成25年4月 ~ 平成27年3月	××クリニック										
	平成27年4月 ~ 令和4年4月	〇〇病院										
	年 月 ~ 年 月	現在に至る										
	年 月 ~ 年 月											
	計 11年1か月											
新規申請のみ記載 右欄は	専門医資格 ※2	専門医の名称	小児科専門医		専門医の認定機関(学会名)	日本小児科学会						
		有効期間	平成27年4月1日 ~ 令和10年3月31日									
	知事が行う研修 ※3	研修名称	オンライン研修		研修修了年月日	令和2年3月20日						

※1 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、

従事を終了した月は、終

※2 「専門医資格」の欄は、終

※3 「知事が行う研修」の

## 【添付書類】

(新規申請の場合)

1 医師免許証の写し

2 専門医の認定証の写し

3 知事が行う研修を修了した場合のみ添付が必要です。

(更新申請の場合)

1 医師免許証の写し(医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合に限る。)

## 【専門医資格による指定を希望される場合】

- 厚生労働省が定める認定機関の認定する専門医資格が必要です。
- 当該専門医資格を証する書類(有効期間がわかるもの)を添付してください。

## 【研修による指定を希望される場合】

- 難病指定医の指定に係る研修を修了していることが必要です。
- 当該研修の修了書を添付してください。