

神奈川県知事殿

児童福祉法施行規則第7条の10第1項の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		かながわ たろう		性別	生年月日	指定医番号	
氏名		神奈川 太郎 <small>㊞</small>		男 <small>○</small> 女	昭和 年 月 × 日		
居住地		〒231-8588 神奈川県小田原市 -		電話番号		123-456-7890	
医籍の登録番号		第 号		医籍の登録年月日		昭和 年 × 月 日	
指定医要件	専門医の資格	名称			認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		専門医の認定機関（学会）					
	修了した知事が行う研修	名称	平成29年3月31日までに履修予定		修了日	年 月 日	
診断書の作成を行おうとする医療機関（県の区域（横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市の区域を除く。）内の医療機関に限る。）	主たる勤務先	名称	県民局子ども家庭課病院		電話番号	987-654-3210	
		所在地	〒 神奈川県鎌倉市 - × -		担当する診療科名	小児科	
	主たる勤務先以外の勤務先	名称	次世代育成部クリニック		電話番号	111-222-3333	
		所在地	〒 × × × × 神奈川県藤沢市 -		担当する診療科名	小児科	
		名称			電話番号		
		所在地	〒		担当する診療科名		
		名称			電話番号		
所在地	〒		担当する診療科名				
診断又は治療に従事した経歴	従事した期間		従事した医療機関の名称		従事した診療科名		
	平成16年4月 ~ 平成26年9月		県民局子ども家庭課病院		小児科		
	年 月 ~ 年 月						
	年 月 ~ 年 月						
	年 月 ~ 年 月						
	年 月 ~ 年 月						
合計期間		10年 6月					

- 備考 1 「指定医要件」の欄は、「専門医資格」又は「修了した知事が行う研修」のいずれかに 印を付け、必要事項を記入してください。
- 2 「主たる勤務先以外の勤務先」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。
- 3 「従事した期間」の欄は、月単位で記入し、従事し始めた月の初日がある月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事しなくなった日の属する月を算入して記入してください。なお、5年以上の診断又は治療に従事した期間（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記入する必要はありません。
- 4 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

添付書類	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。） 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する書類の写し 、 共にA4サイズでの写しとすること。
------	--