第３号様式（第５条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

更新

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年　　月　　日

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 | | |  | | | | 性別 | 生年月日 | | | 指定医番号 | | |
| 氏　名 | | |  | | | | 男・女 | 年　　月　　日 | | |  | | |
| 居住地 | | | 〒 | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| 医籍の登録番号 | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | 医籍の登録年月日 | | | 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 | |  | | | | 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 |  | | | | 電話番号 | | | |  |
| 所在地 | 〒 | | | | 担当する診療科名 | | | |  |
| 主たる勤務先以外の勤務先 | | 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 | | | |  |
| 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 |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 | | |  | | | | | | |  |
| 合計期間 | | | 年　　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その月の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。