

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼履歴書

年 月 日

三重県知事 宛て

児童福祉法第19条の3第1項の規定による指定医の指定を受けたく申請します。

(ふりがな) 氏名			性別	男・女
生年月日	年	月	日	年齢 歳
医籍登録年月日	年	月	日	医籍番号 第 号
診療科名				
主たる勤務先	名称			
	所在地	〒 三重県		
	電話番号			
履歴事項 (概ね過去5年間の診療内容等実績)				
診療内容等			期間 (年月～年月)	
指定医の指定に関する事項 (①②のいずれかを記入)				
①	関係学会加入状況		左記の学会での専門医等の資格	
	学会名 _____ (加入年月 年 月)		資格名 _____ 登録等番号 _____ (取得年月 年 月)	
②	知事が行う研修会の受講状況			
	研修会名	修了日	年	月 日

(注) 記載上の留意事項

- 1. 主たる勤務先は、小児慢性特定疾病医療を行い得る県内の勤務先を記載すること。

【添付資料】①医師免許証の写し

②専門医の資格を証明する書面または研修の課程を終了したことを証する書面