第11号の15様式(第6条の3関係)

(表)

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年　　月　　日

　　東京都知事　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新規・更新 | (更新の場合)指定医番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 現住所 | 〒 | 電話番号 | (　　) |
| 　医籍登録番号 | 第　　　　　　号 | 医籍登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 　主たる勤務先の医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| ※上記以外にも都内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。 |
| 診断又は治療に従事した期間及び病院等名称 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 　 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 　 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 　 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 　 |
| 年　　月～　　　年　　月 | 　 |
| 計　　　年　　　か月 | 　 |
| 指定要件 | 　専門医資格※資格証を添付すること　 | 専門医の名称 | 　 | 専門医の認定機関 | 　 |
| 有効期間 | 　 |
| 　知事が行う研修 | 研修の名称 | 　 | 研修修了年月日 | 年　　月　　日　 |

　(注)記載上の留意事項

　　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、終了した日の属する月を算入して記載してください。なお、5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

　　2．指定要件は「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに○をしていただき、必要事項を記載してください。

(日本産業規格A列4番)

(裏)

　○主たる勤務先以外の勤務先医療機関(医療意見書を作成する場合に限る。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 2 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 3 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 4 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 5 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |