東京都小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証交付申請書

年　　月　　日

東京都知事　殿

児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生労働省令第１１号）第７条の１０第１項第２号に規定される研修を受講しましたので、修了証の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 連絡先修了証送付先（どちらか御記入ください。） | 現住所 | 【現住所】〒 |
| 【電話番号】　　　　　　（　　　　　　） |
| 所属医療機関 | 【医療機関名称・所在地】〒 |
| 【電話番号】　　　　　　（　　　　　　） |

（注意事項）

1. 本申請書には、小児慢性特定疾病指定医研修サイトにてダウンロードした修了証を添付してください。
2. 本申請後に交付される修了証を添付し、別途指定医の指定を行うことにより、指定医の指定を受けることができます。本申請のみでは指定医の指定を受けることはできません。