様式第５号の２の８（第６条の２の５関係）

（表面）

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）静岡市長

　　　　居住地

申請者　氏　名

　　　　連絡先

指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第７条の11の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の種別（いずれかに○） | 新規　・　更新 |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 |  |
| 医籍の登録番号 |  | 医籍の登録年月日 | 年　　月　　日 |
| 担当する診療科名 |  |
| 指定医番号 |  |
| 専門医の資格 | 専門医の資格の名称 |  |
| 当該資格の認定機関の名称 |  |
| 当該資格の有効期間 | 年　　月　　日　から年　　月　　日　まで |
| 都道府県知事が行う研修 | 研修の名称 |  |
| 当該研修の修了日 | 年　　　月　　日 |
| 診断書の作成を行おうとする医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 |  |
| 当該医療機関において担当する診療科名 |  |

（注）

１　指定医番号は、更新の場合にのみ記入してください。

２　児童福祉法施行規則第７条の10第１項各号に掲げる申請者の区分に応じ、専門医の資格欄又は都道府県知事が行う研修欄に必要事項を記入してください。

３　診断書の作成を行おうとする医療機関が複数ある場合は、裏面の表に必要事項を記入してください。

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当する診療科名 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当する診療科名 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当する診療科名 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当する診療科名 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当する診療科名 |  |