|  |
| --- |
| 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書令和××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 | カナガワ　タロウ | 生年月日 | 指定医番号 |
| 氏名 | 神奈川　太郎印 | 平成○年△月□日 |  |
| 居住地 | 〒○○○－○○○○神奈川県○○市○○１２３４ | 電話番号 | 123-4567-8901 |
| 医籍の登録番号 | 第　○○○○○○○○　号 | 医籍の登録年月日 | 平成□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 | 令和４年３月31日までに履修予定 | 修了日 | 年　　月　　日 |
| 診断書の作成を行おうとする医療機関 | 主たる勤務先 | 名称 | 子ども家庭課病院 | 電話番号 | １１１－２２２－３３３３ |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○神奈川県○○市○○５６７８ | 担当する診療科名 | 小児科 |
| 主たる勤務先以外の勤務先 | 名称 | 子ども家庭課クリニック | 電話番号 | ４４４－５５５－６６６６ |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○神奈川県○○町○○９１０１ | 担当する診療科名 | 内科 |
| 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 |
| 　　平成20年４月　～　平成30年10月 | 子ども家庭課病院 | 小児科 |
| 　　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 | 10年　７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」の欄は、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。）内の医療機関を記入してください。３　「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。４　「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。 |

記載例