

指定医指定申請書兼経歴書（小児慢性特定疾病）

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T S H 年 月 日
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	T・S・H 年 月 日
主たる勤務先	名称		
	所在地		
	担当する診療科名		
診療又は治療に従事した期間及び病院等名称 <u>（5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載）</u>	従事した期間	従事した医療機関名	診療科
	～		
	～		
	～		
	～		
(計 年 ヶ月)			
指定要件	専門医資格 (資格を有する者のみ記載)	専門医の名称	専門医の認定機関（学会）
			専門医の有効期間
			年 月 日～
			年 月 日まで
知事が行う研修	指定医申請にあたって、知事が行う研修を受講したことの証明として、別添のとおり小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証を提出します (専門医資格を有しない者に限る)		

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師として指定を受けたいので上記のとおり誓約（該当する者に限る）し、申請します。

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者氏名

印

添付書類

1. 医師免許証の写し（必須）（裏面に書換等の記載があるものは、裏面も添付のこと）
2. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し

（裏面に続く）

- 表面の主たる勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば、記載してください。
- 那覇市を除く沖縄県内に所在する医療機関のみ、ご記載ください。

1	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	担当する診療科	