

(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病	従事した期間				従事した病院等の名称					
	年 月 年 月									
指定要件	更新の場合は記入不要です 東京都									
	行方不明				年月日				日	

(注) 記載上の留意事項

- 「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。
- 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	〇〇大学附属△△病院
	所在地	〒□□□-□□□□ 東京都□□区●●◇丁目◇番◇号
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科名	小児科
2	名 称	主たる勤務先の医療機関以外の 都内医療機関で医療意見書を作成 する場合には、ご記入願います。
	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	