

第1号様式の12（第1条の7関係）

小児慢性特定疾病指定医 指定申請書					
フリガナ			性別	男・女	
氏名					
住所	〒				
電話番号		生年月日	年 月 日		
医籍登録年月日	年 月 日		医籍登録番号		
①又は②のいずれかを記入	①	専門医の名称			
		専門医の有効期間	年 月 日迄		
	②	研修の名称	研修終了日	年 月 日	
		小児慢性特定疾病の診断及び治療の経験の有無	無・有（主な疾病名）		
	①欄は、専門医要件で申請する場合に記載してください。 ②欄は、研修修了要件で申請する場合に記載してください。				
主たる勤務先の医療機関	医療機関名				
	所在地	〒			
	電話番号				
	担当する診療科				
	※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性がある主たる医療機関（所在地が松山市内）について記載してください。				
備考					
児童福祉法（昭和22年法律第164号）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、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の11に基づき、上記のとおり申請します。					
年 月 日		申請者氏名			
（宛先）松山市長		印			

※次の書類を添付してください。

1. 経歴書（第1号様式の13）
2. 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載のあるものは、裏面も添付が必要）
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の終了を証明する書面の写し
4. 上記2及び3の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類（戸籍抄本等）の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○表面の主たる勤務先の医療機関以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（所在地が松山市内）があれば記載してください。

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