

小児慢性特定疾病指定医指定申請書（新規）

年 月 日

鳥取県知事 様

住所 (〒 -)

氏名 印

電話番号

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、児童福祉法施行規則第7条の11の規定に基づき申請します。

生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
医籍登録番号		医 籍 登録年月日	年 月 日
指定医に関する事項	①専門医資格に関する事項（専門医資格を有する者に限る。）		
	専門医の名称	専門医の認定機関	専門医の有効期間
			年 月 日
			年 月 日
	②研修に関する事項（専門医資格を有しない者に限る。）		
	研修の名称		研修修了日
		年 月 日	
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		
指定通知の送付先 (どちらかに○をしてください)		1. 勤務先の医療機関あて	2. 申請者住所あて

- 注 1 指定医に関する事項の欄は、専門医資格により指定医を申請する場合は①を、研修受講により申請する場合は②を記入してください。
- 2 勤務先の医療機関の欄は、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のある主たる医療機関を記入してください。

添付書類

- 1 経歴書（別記様式）
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）
- 3 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

裏面

○表面の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鳥取県内の医療機関（鳥取市を除く）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	