

姫路市小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

ふりがな 氏 名		生年月日		T・S・H 年 月 日	
現住所		〒			
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				
	連絡先	() - () - ()			
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（5年以上の診断、治療経験が分かる内容を記載）	従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名		
	～				
	～				
	～				
い① ず れ 又 か は を ② 記 の 載	①	専門医の名称			専門医の有効期間
		専門医の認定機関			H・R 年 月 日迄
	②	研修の名称	研修受講年月日	H・R 年 月 日	

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申請します。

年 月 日

姫路市長様

申請者氏名

※ 添付書類

1. 医師免許証の写し
2. ①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②指定医育成研修の修了を証明する書面の写し

- 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。

裏面有

(裏面)

複数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があれば記載してください。(姫路市内に所在する医療機関に限る)

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	