

西宮市 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書兼経歴書

ふりがな		性別	生年月日	
氏名			年 月 日	
住所	〒 _____ 連絡先 ( )			
医籍登録番号	第 _____ 号	医籍登録年月日	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			
経歴	従事した期間	診療科	従事した医療機関名	
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	計 年 ヶ月	※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、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。		
指定要件	①	専門医の名称	専門医の認定機関（学会）	
	②	研修の名称		研修修了日
				年 月 日

※上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合、②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。

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、申請します。

年 月 日

西宮市長 様

申請者氏名

- (添付書類)
1. 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）
  2. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し

裏面へ

○ 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。

○ 西宮市内の医療機関のみご記入ください。

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	