|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  様式第１号  西宮市　小児慢性特定疾病指定医　指定申請書兼経歴書 | | |  | | 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） | | | | 専門医の有効期間 |
|  | |  | | | | 年　　月　　日まで |
| 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）

裏面へ

2．専門医に認定されていることを証明する書類の写し

* 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。
* 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 |  |