

（宛先）名古屋市長

氏 名 小児 太郎 印
〒 9 9 9 - 9 9 9 9
住 所 名古屋市中区三の丸1丁目1
電話番号 0 5 2 - 9 9 9 - 9 9 9 9

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		昭和 4 5 年 1 2 月 2 4 日				
医籍登録番号		第 1 2 3 4 6 号		医 籍 登録年月日	平成10年5月5日	
①又は ②のい ずれか を記載	①	専門医の 名 称	小児科専門医	専門医の認 定機関（学 会）	日本小児科学会	専門医の有効期間 令和5年12月31日迄
	②	研 修 の 名 称			研 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に記載。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。						
勤 務 先 の 医 療 機 関 (※)		医 療 機 関 名	医療意見書を作成する可能性のある医療機関のうち、主たる勤務先の医療機関をご記入ください。 (名古屋市内的み)			
		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のある主たる医療機関について記載してください。

添付書類

- (1) 経歴書（第2号様式）
- (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又は研修サイトから出力される小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証及び受講確認書（第2号様式の2）

（裏面に続く）

(裏)

○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医療機関があれば記載してください。（名古屋市内の医療機関に限る。）

1	医療機関名	医療意見書を作成する可能性のある医療機関のうち、表面にご記入いただいた医療機関以外の医療機関をご記入ください。 (名古屋市内のみ) ※名古屋市の外の医療機関で医療意見書を作成する場合は、その医療機関の所在地を所管する実施主体への申請が必要です。
	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	