

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

両面印刷で
お願いします。名古屋市長」あての様式
であるかご確認ください。

令和××年〇〇月△△日

(宛先) 名古屋市長

指定医番号 23××××××××

氏名 小児 太郎

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

○全ての項目を記入し、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑をつけること。

<input type="checkbox"/>	氏名	小児 太郎			全ての項目を記載してください。 変更がある事項に☑をつけてください。
<input type="checkbox"/>	居住地及び 連絡先	〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 (電話番号 052-972-2629)			
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号(※1)	123456			
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日 (※1)	平成××年〇〇月△△日			
①又は②の いずれかを 記載(※2)	① 専門医の 名称	小児科専門医	専門医の 認定機関 (学会)	〇〇〇〇学会	
	② 専門医の 主たる医療機関が名古屋 市以外の場合は、主たる医 療機関のある自治体での申 請となります。 (本市での申請は不要とな ります。)	××××年〇〇月△△日迄		研修 修了日	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関(※3)	所在地	〒464-8618 名古屋千種区星ヶ丘山手103番地		
		電話番号	052-XXX-XXXX		
		担当する 診療科	小児科		
<input type="checkbox"/>	従たる勤務先の 医療機関(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> あり(裏面に記載)		<input type="checkbox"/> なし	

※1 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

※2 「専門医資格」又は「研修」のいずれかに記載し、以下の書類を添付してください。

・専門医に認定されていることを証明する書面の写し又は指定医育成研修の修了を証する書面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)を添付してください。

※3 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医療機関について記載してください。

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の主たる勤務先以外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。

1	医療機関名	〇〇〇〇クリニック
	所在地	〒462-8522 名古屋市北区清水四丁目17番1号
	電話番号	052-XXX-XX
	担当する診療科	小児科
2	医療機関名	△△△△病院
	所在地	〒XXX-XXXX 三重県〇〇市〇〇丁××番××号
	電話番号	XXXX-XX-XXXX
	担当する診療科	小児科
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	

従たる医療機関は名古屋市以外でもご記入ください。