

様式第10号の4（第4条の3関係）

（表）

年 月 日

（宛先）高松市長

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

住 所

氏 名

㊦

電話番号

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の規定により申請します。

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医 籍 登 録 番 号		医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日
①又は②のいずれかを記載	① 専門医の名称	専門医の認定機関	専門医の有効期間 年 月 日まで
	② 研修の名称		研 修 了 日 年 月 日
※ 上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。			
主たる勤務先の医療機関(※)	医 療 機 関 名		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
	担当する診療科		

注 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な診断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
- (2) 医師免許証の写し
- (3) 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明する書面の写し

(裏)

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	
5	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科	

注 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関
(市内に所在するものに限る。)があれば記載してください。

様式第10号の5（第4条の3関係）

経 歴 書

年 月 日現在

フリガナ		性別	生年月日
氏名	⑩	男・女	年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合計期間		計 年 か月	

注 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、全ての経歴を記載する必要はありません。