

(様式第1号)

神戸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			男	生年	年 月 日	
氏 名			女	月 日		
現 住 所		〒 ☎				
医籍登録番号		第	号	医籍登録年月日	年 月 日	
神戸市内の 主たる勤務先	医療機関名					
	所在地	〒 ☎				
	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					
	年 月～ 年 月					
	(計 年 カ月)					
※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 (申請する要件に ☑)	専門医資格 ☐	専門医の名称(有効期間)			専門医の認定機関(学会)	
		(年 月 日迄)				
	(年 月 日迄)					
研修受講 ☐	研修名				研修 修了日	

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定を受けたいので、申請します。

年 月 日

神戸市長 あて

申請者氏名

- ※ 添付書類 ①医師免許証の写し(裏面に書換えなどの記録があるものは裏面も添付のこと)
②専門医に認定 又は 小慢指定医育成研修の修了 を証明する書類の写し

(裏面へつづく)

(様式第1号)

- 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神戸市内の医療機関があれば、記載してください。

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	