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 | |  | | | | 生年  月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏　　　名 | |  | | | |
| 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）

* 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |