

(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 | | | | 生年 | 年 月 日 | |
| 氏名 | | | | 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 <input type="checkbox"/> | 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 <input type="checkbox"/> | 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)

○ 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 | |