

年 月 日

福岡県知事 殿

氏 名

〒

住 所

電話番号

児童福祉法(昭和22年法律第164号)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(昭和23年厚生省令第11号)〔第7条の11・第7条の12〕の規定に基づき申請します。

生年月日		年 月 日					
医籍登録番号				医 籍 登録年月日	年 月 日		
記載 い① ず又 れは か② をの	①	専門医の 名 称		専門医の認定 機関(学会)		専門医の有効期間	年 月 日迄
	②	研 修 の 名 称		研 修 修 了 日			年 月 日
※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合 ②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。							
勤務先の医療機関 (※1)		医療機関名					
		所在地	(〒 ー )				
		電話番号					
		担当する 診療科名					
指定医番号(※2)							

※1 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主たる医療機関で、県管轄(北九州市、福岡市及び久留米市を除く。)にある勤務先を記載してください。

※2 児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づく指定更新の際に、記載してください。

添付書類

1. 経歴書(様式第5号の2)
2. 医師免許証の写し  
(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。)
3. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

様式第5号(裏面)(第17条の4関係)

○ 表面の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	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	(〒      —      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	(〒      —      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	(〒      —      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	(〒      —      )
	電話番号	
	担当する診療科名	