

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

大阪市長 あて

フリガナ

氏 名

〒

住 所

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	
① 又 か は ② を 記 載 し ず	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 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に記載。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。					
診断又は治療に従事した 期間及び医療機関名	期 間		医 療 機 関 名		
	～				
	～				
	～				
	～				
※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、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。					
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				

※ 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について記載してください。

添付書類

1. 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)
2. 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

小児慢性特定疾病患者データベース利用 指定医ID・パスワードについて

指定医ID・パスワードの新規利用を希望する方は大阪市行政オンラインシステムより申請してください。

(新規申請には医療機関ユーザデータファイルの添付が必要となります)

※以前に他自治体でIDを登録している方は、先に他自治体へID削除依頼を行ってください。

なお、指定医指定申請及び指定医ID・パスワード発行申請は大阪市行政オンラインシステムでの電子申請が可能です。

2つの申請が同一フォームから可能となり、手続きが簡素化されていますのでぜひご活用ください。

また、指定医の申請を郵送手続きにて行う方のうち、指定医ID・パスワードの発行も希望される方につきましては、別途、指定医ID・パスワード発行の申請ページ（個人向けフォーム）がございますので、そちらから申請をお願いします。

※制度の概要は本市ホームページからご確認いただけます。