

小児慢性特定疾病指定医指定申請書

年 月 日

大阪市長 あて

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		
記載 ① ②	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。

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. 経歴書（様式第2号）
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）

(裏面)

○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	

経 歴 書

※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。

年 月 日現在

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合 計 期 間		計 年 月

大大保第 号
年 月 日

様

大阪市長

小児慢性特定疾病指定医指定通知書

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項に規定する指定医として、 年 月 日の申請に基づき指定しますので通知します。

指 定 医 氏 名	
指 定 医 番 号	
医療意見書を作成する主たる勤務先の医療機関名	
担当する診療科名	
医療機関の所在地	
指定有効期間	

(備考)

- 1 指定有効期間の終期までに更新申請が必要となります。
- 2 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要となります。

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	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			

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付
(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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	

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

全ての事項について記載が必要。 変更のある事項にはチェックを行い、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	(電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年	月 日
	<input type="checkbox"/>	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			

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し
2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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	

様式6号

辞 退 届

年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

氏 名		
連 絡 先	〒 (電話番号)	
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	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 理 由		