

鹿児島県知事 殿

氏 名
〒
居住地

連絡先電話番号

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	
指定医 の要件 いずれかに ○	専門医	認定機関(学会)名				
		専 門 医 の 名 称				
		有 効 期 間		年 月 日迄		
	都道府県等が 行う研修	研 修 名				
		修 了 日		年 月 日		
勤 務 先 の 医 療 機 関 (医療意見書の作成を 行う主たる医療機関) (他に医療意見書を作成する 可能性のある医療機関がある 場合は、裏面に記載してくだ さい。)		医 療 機 関 名				
		所 在 地		〒		
		電 話 番 号				
		担 当 す る 診 療 科				
経 歴 ※5年以上の 診断又は治療 に従事した経験 (臨床研修 期間含む)が あることが分か れば、全ての 経歴を記載し ていただく必 要はありません。	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	
	自	年 月				
	至	年 月				
	自	年 月				
	至	年 月				
	自	年 月				
	至	年 月				
連絡先(指定通知の送付先) いずれかに○		1 上記医療機関		2 申請者居住地		

添付書類(必須)

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

(裏)

○ 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	