

氏 名

〇〇 〇〇

〒〇〇〇-〇〇〇〇

居住地

〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇

連絡先電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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		〇〇年 〇 月 〇 日			
医籍登録番号		第〇〇〇〇〇〇〇号		医 籍 登録年月日	〇〇年 〇月 〇日
指定医 の要件 いずれかに 〇	専門医	認定機関(学会)名	日本〇〇学会		
		専 門 医 の 名 称	〇〇専門医		
		有 効 期 間	〇〇 年〇 月 〇 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	医療法人〇〇会 〇〇病院		
		所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇		
		電 話 番 号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
		担 当 す る 診 療 科	〇〇科		
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 〇〇年 〇 月 至 〇〇年 〇 月	〇〇科	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	自 〇〇年 〇 月 至 〇〇年 〇 月	〇〇科	〇〇クリニック		
	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) いずれかに〇		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	〇〇クリニック
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科
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	