第2号様式(第4条関係)

年　　月　　日

　青森県知事　　　　　　　　　　殿

申請者氏名

指定医指定申請書

　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10第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 | 　 |
| 居住地 | 〒 | 電話番号 | 　 |
| 医籍登録 | 登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | 登録年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 小児慢性特定疾病の診断書の作成を行おうとする医療機関 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 専門医資格 | 資格の名称 | 　 | 認定機関(学会名) | 　 |
| 登録番号 | 　 | 有効期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 知事が行う研修 | 研修の名称 | 　 | 研修の修了日 | 年　　月　　日 |

注1　経歴書、医師免許証(裏面に書換等の記載があるものは、両面)の写し及び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知事が行う研修を修了したことを証明する書類の写しを添付すること。

　2　用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。