

## 堺市小児慢性特定疾病指定医更新申請書

堺市長 殿

児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）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（昭和 23 年厚生省令第 11 号）第 7 条の 12 の規定に基づき申請します。

※全ての事項を記入の上、直近の指定の申請（変更届を含む。）から変更のある項目には、を記入すること。

<b>指定医番号</b>				<b>申請日</b>	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	<b>申請者 (指定医)</b>	(フリガナ) 氏 名				
		住 所	〒			
		電話番号		生年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	<b>指定医の申請区分</b> <small>(いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>を記入すること。)</small>		<input type="checkbox"/> 専門医資格による申請		<input type="checkbox"/> 研修修了による申請	
<input type="checkbox"/>	<b>主として 小児慢性特定 疾病の診断を 行う 医療機関</b>	名 称				
		所在地	〒			
		電話番号		医療機関 コード		
		担当する 診療科名				
<input type="checkbox"/>	<b>送付先</b>	区 分	<input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 上記の医療機関宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり			
		氏 名 (名 称)				
		住 所 (所在地)	〒			
<input type="checkbox"/>	<b>医籍登録番号</b>		<b>医籍登録 年月日</b>	年 月 日		
※ い ず れ か に 記 載 す る こ と。 。	<b>専門医 資格保有者</b>	専門医資格 名 称		<b>専門医の 認定機関</b>		
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	<b>研修修了者</b>	研修名称		<b>研修修了 年月日</b>	年 月 日	

**添付書類**

- 1 申請区分が専門医資格による申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写し（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面の写しを含む。）
- 2 申請区分が研修修了による申請の場合は、小児慢性特定疾病指定医育成研修の修了を証明する書面の写し
- 3 氏名が変更された場合は、戸籍抄本等の氏名変更が確認できる書類
- 4 医籍登録番号又は登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

**小児慢性特定疾病児童等データベース利用 指定医 ID・パスワードについて**

指定医 ID（医療意見書のオンライン登録）の利用を継続する方のみ、下記内容にを記入してください。

<input type="checkbox"/>	希望あり
--------------------------	------

**指定医 ID（医療意見書のオンライン登録）のない方**

医療意見書のオンライン登録を希望する場合は、指定医 ID・パスワードの申請が必要です。希望される場合は、堺市電子申請システムから申請してください。詳しくは堺市のホームページを御確認ください。

受付印	<b>指定期間</b>	年 月 日 ~ 年 月 日			
	No.	備考欄			

(裏 面)

主たる勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	名 称	
	医療機関コード	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
2	名 称	
	医療機関コード	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
3	名 称	
	医療機関コード	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
4	名 称	
	医療機関コード	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	