

## 小児慢性特定疾病指定医 指定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医について、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。

申請者氏名		電話番号	
		生年月日 (和歴)	年 月 日
医籍登録番号		医籍登録 年月日	年 月 日
① 又は ② を記 載い ずれ か	① 専門医の 名称	専門医の認定 機関(学会)	年 月 日迄
	① 専門医の 有効期間		
	② 研修の 名称	研修了日	年 月 日

※ 上記の①又は②の欄は、専門医要件で申請を希望する場合には①を記載、研修修了要件で申請を希望する場合には②を記載してください。

主たる 勤務先の 医療機関	医療機関名	
	医療機関番号	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	

医療意見書オンライン登録(小児慢性DB) ID・パスワードの新規利用を希望される方は大阪府行政オンラインシステムより医療意見書オンライン登録(小児慢性DB)利用申請が必要です。詳しくは大阪府の小児慢性指定医ホームページをご確認ください。  
 ※小児慢性指定医の認定通知書と小児慢性DB ID・パスワードの交付は別で行います。  
 ※他自治体でID登録済の方は他自治体へID削除依頼を先に行ってください。削除されない場合、重複エラーとなり大阪府で登録ができません。

## 添付書類

1. 経歴書(様式第4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面の写し又は指定医の研修修了を証明する書面の写し