

様式第2号の2（第2条の3、第2条の4関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

指定医番号（更新の場合のみ記入してください。）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医指定~~（指定更新）~~申請書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

住所
氏名
電話番号

- 児童福祉法施行規則第7条の11第1項の規定により、指定医の指定を受けたいので申請します。
- 児童福祉法施行規則第7条の12の規定により、指定医の指定の更新を受けたいので申請します。

生年月日		年 月 日		性別	男・女	
医籍登録番号				医籍登録 年 月 日	年 月 日	
①又は ②のい ずれか を記入	①	専門医 の資格 の名称	専門医の 認定機関 (学会)		専門医の 認定期間	年 月 日まで
	②	研修の 名 称		研修の 修了日		
勤務先の医療機関		医療機関の名称				
		所在地		(郵便番号 ー)		
		電話番号				
		担当する診療科名				

添付書類

- 1 経歴書
- 2 医師免許証の写し
- 3 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を修了したことを証明する書類の写し

(裏面)

○表面の勤務先以外に勤務し、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	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	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	大正 昭和 年 月 日 平成
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 名	
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
自 年 月 至 年 月			
合 計 期 間		計	年 月