様式第５号（第４条関係）

身体障害者福祉法指定医指定申請書

|  |
| --- |
| 　水戸市長　様 |
|
|
| 医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　医療機関開設者　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師の指定を受けたいので，次のとおり申請します。　 |
| 医療機関 | 名称 |
| 所在地 |
|
|
|
| 標ぼうしている診療科名 |
| 指定に係る医師の担当科目等 | 担当している診療科名 |
| 医籍登録番号 | 医籍登録年月日 |
|
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|
|
|
|
| 担当しようとする障害種別　□視覚　□聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・そしゃく機能　□肢体不自由　□心臓機能　□呼吸器機能　□腎臓機能　□ぼうこう機能・直腸機能　□小腸機能　□免疫機能　□肝臓機能 |
|
|
|
| 他法による指定の有無 | 生活保護法による指定　　　　　　□　有　　　□　無 |
| 健康保険法による指定　　　　　　□　有　　　□　無 |
| 労働者災害保償保険法による指定　□　有　　　□　無 |
| 結核予防法による指定　　　　　　□　有　　　□　無 |

注１　原則として担当しようとする障害種別は，１科目とする。

２　医師免許証の写し及び略歴書（別紙）を添付すること。

別紙

略歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名 | 医師氏名　　（　　　　　年　　月　　日生） |
|
| 最終学歴　　　　　　　　　　　　　（専攻科目　　　　　　） | 卒業年月　　　　　　　　年　　　　　月 |
| 主な経歴 |
| 備考 |

**＜記載例＞**

様式第５号(第４条)

身体障害者福祉法指定医指定申請書

医師本人の住所，電話番号を記入願います。

|  |
| --- |
| 令和２年〇月〇日　　　　水戸市長　　　　殿 |
|
|
|  | 医療機関の名称医療機関開設者医師氏名　 | 　水戸病院　水戸太郎　水戸次郎 |
|
|
| 身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師の指定を受けたいので，次のとおり申請します。 |
| 医療機関 | 名称　　水戸病院 |
| 所在地　水戸市中央●丁目◆番地 |
|
|
|
| 標ぼうしている診療科名　　整形外科　ほか別紙一覧のとおり |
| 指定に係る医師の担当科目等 | 担当している診療科名　　整形外科 |
| 医籍登録番号　第○○○○○号 | 医籍登録年月日　平成○○年○○月○○日 |
|
| 住所水戸市赤塚■■番地電話番号０９０－××××－００００ |
|
|
|
|
| 担当しようとする障害種別　□視覚　□聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・そしゃく機能　■肢体不自由　□心臓機能　□呼吸器機能　□じん臓機能　□ぼうこう機能・直腸機能　□小腸機能　□免疫機能　□肝臓機能 |
|
|
|
| 他法による医療機関の指定の有無 | 生活保護法による指定　　　　　　■　有　　　□　無指定医師の専門性確保の観点から，原則１種目としていますが，２種目以上複数種目の申請を希望する場合は，複数種目の指定を必要とする理由について，理由書（任意様式）を作成の上，添付願います。 |
| 健康保険法による指定　　　　　　■　有　　　□　無 |
| 労働者災害保償保険法による指定　■　有　　　□　無 |
| 結核予防法による指定　　　　　　■　有　　　□　無 |

　注意　1　原則として担当しようとする障害種別は、1科目とします。

　　　　2　医師免許証の写しを添付願います。

**＜記載例＞**

別紙

略歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名整形外科 | 医師氏名　　水戸　太郎　　　　(平成○○年○○月○○日生) |
|
|
| 最終学歴　　　　　　　　　●●大学医学部　　　　(専攻科目　　●●科　　　) | 卒業年次　　　　　　　平成○○年　○○月 |
|
|
| 経　　歴●●年●●月～●●年●●月　■■病院（　　科）　研修医　（●年●ヶ月）●●年●●月～●●年●●月　▲▲病院（　　科）　医員　　（●年●ヶ月）●●年●●月～●●年●●月　●●病院（　　科）　医長　　（●年●ヶ月）●●年●●月～　　　　　　　●●●病院（　　科）　部長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在に至る。各勤務先の医療機関**すべて**について、勤務期間と**担当診療科目**を記入願います。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 備考※ 経歴は，現在に至るまでの期間（休職中、留学中等も含めて）の内容を漏れなく記入願います。記載してください。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

別紙

指定を受けようとする障害に関する臨床実績等の申告書

１　担当しようとする障害種別

　□視覚　□聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・そしゃく機能　□肢体不自由

　□心臓機能　　□呼吸器機能　　□じん臓機能　　□ぼうこう機能・直腸機能

　□小腸機能　　□免疫機能　　　□肝臓機能

２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間年　月～ 年　月 | 医療機関・診療科名 | 臨床の内容（疾患名・手術例等） |
|  |  |  |

３

　(1) 学会加入　　有（　　年　　月　　）　・　無

　(2) 学会名

（　　　　　認定医・　　　　　専門医,　取得年月日：　　年　　月　　日）

４　その他（何か付記すべきことがあれば記入してください。）

医師氏名

**＜記載例＞**

別　紙

指定を受けようとする障害に関する臨床実績等の申告書

１　担当しようとする障害種別

　□視覚　□聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・そしゃく機能　□肢体不自由

　□心臓機能　　□呼吸器機能　　■じん臓機能　　□ぼうこう機能・直腸機能

　□小腸機能　　□免疫機能　　　□肝臓機能

２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間年　月～　年　月 | 医療機関・診療科名 | 臨床の内容（疾患名・手術例等） |
| **平成15年4月1日****～平成20年3月31日****平成20年4月1日****～現在** | **○○大学病院****第二内科（じん臓内科）****○○病院****人工透析内科**※経歴に記載している医療機関のうち，取得希望の種目に関する医療の実績があるものすべてを、医療機関ごとに詳しく記載願います。 | **腎不全の患者に対する治療****人工透析の症例　年間約○○例****腎不全の患者に対する治療****人工透析の症例　年間約○○例** |

３

　(1) 学会加入　　有（　平成**○○**年**○**月　　）　・　無

　(2) 学会名　　　**○○学会**

　　（　認定医　・　**透析**　専門医　、取得年月日：平成**○○**年**○**月**○○**日　）

４　その他（何か付記すべきことがあれば記入してください。）

医師氏名　　○　○　○　○