

身体障害者福祉法に基づく医師の指定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市長

(申請者)

住 所

氏 名

身体障害者福祉法第 15 第 1 項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
現 住 所		
所属医療機関名 及び所在地 (〒 -)	(Tel)	
診 療 科 目		
指定を希望する 障 害 区 分 (○で囲む)	視覚障害 ・ 聴覚又は平衡機能障害 ・ 肢体不自由 音声機能, 言語機能又はそしゃく機能障害 ・ 心臓機能障害 呼吸器機能障害 ・ じん臓機能障害 ・ ぼうこう又は直腸機能障害 小腸機能障害 ・ 免疫機能障害 ・ 肝臓機能障害	

注: 申請書に同意書、履歴書(臨床経歴書含む)、医師免許証(写)及び専門医・認定医証(写)、論文1部を添付してください。

※経歴等不明な点の問い合わせ先(必ず記入) 電話 _____ 担当者 _____

同意書

医師氏名	
医療機関名 及び 所在地	
担当科目	

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として指定されることに同意する。

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市長

医療機関名

代表者氏名

医師氏名

臨床経歴書

氏名

障害区分

勤務年月	勤務医療機関名・担当診療科名・身分等	臨床経験年数	※1 申請障害区分の 診療経験の有無 及び件数
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有 ・ 無 月 件

※1 「申請障害区分の診療経験の有無及び件数」の欄には申請する障害区分で障害認定される症状の診療をした件数をご記入ください。

障害認定されないもの、申請する障害区分以外の診療件数は含みませんのでお気をつけください。

※2 研修期間についても「〇〇病院〇〇科 臨床研修医 〇年〇か月」等とご記入ください。

※指定医師としての経験の有無

- ・静岡市での指定・・・・・・・・ 無・有 指定障害区分 ()
 指定期間 (年 ～ 年)
- ・他の都道府県、政令市、中核市での指定
 (都道府県・市名) 無・有 指定障害区分 ()
 指定期間 (年 ～ 年)
- (都道府県・市名) 無・有 指定障害区分 ()
 指定期間 (年 ～ 年)
- (都道府県・市名) 無・有 指定障害区分 ()
 指定期間 (年 ～ 年)

腎臓機能障害の指定申請の場合のみご記入ください。

※透析の経験

勤務年月	勤務医療機関名・身分等	備 考
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		