

身体障害者福祉法に基づく医師の指定申請書

令和〇年〇月〇日

(宛先) 静岡市長

(申請者)

住所 静岡市〇〇区△△二丁目

◇番◇号 ハイッ◇◇101

氏名 静岡 太郎

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、関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ 氏名	しずおか たろう 静岡 太郎	Ⓜ・女
生年月日(年齢)	昭和〇年〇月〇日 (△歳)	
現住所	静岡市〇〇区△△二丁目◇番◇号 ハイッ◇◇101	
所属医療機関名 及び所在地	静岡◇◇病院 (TEL054-〇〇〇-××××) (〒420-〇〇〇〇) 静岡市〇〇区△△町◇番◇号	
診療科目	消化器内科	
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) TEL054-〇〇〇-×××× 担当者 事務 △△

同 意 書

医 師 氏 名	静岡 太郎
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	〒420-0000 静岡市〇〇区△△町◇番◇号 静岡◇◇病院
担 当 科 目	消化器内科

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。

令和〇年〇月〇日

(宛先) 静岡市長

医療機関名 静岡◇◇病院

代表者氏名 院長 清水 駿太郎

医師氏名 静岡 太郎

履 歴 書

(令和〇年〇月〇日現在)

フリガナ 氏 名	シズオカ タロウ 静岡 太郎		生年月日	昭和〇年〇月〇日
本 籍	静岡市〇〇区△△一丁目◇番地◇			
現 住 所	静岡市〇〇区△△二丁目◇番◇号 ハイッ◇◇101			
現勤務医療機関名	静岡◇◇病院	診療科名	消化器内科	
最終学歴	〇〇大学医学部		卒業年月	平成〇年〇月
医師免許取得年月日	平成〇年〇月〇日	医籍登録番号	第 12345678 号	
学位取得年月	平成〇年〇月			
学位論文名	肝臓における・・・・・・・・について			
臨床経歴	別紙 臨床経歴書のとおり			
そ の 学 会 他	加 入 の 学 会	加 入 学 会 名	加 入 年 月	専門医・認定医取得年月
		日本肝臓学会	平成〇年〇月	平成〇年〇月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
の 研 究 内 容 歴	研 究 内 容	発表年月	学会発表の演題又は論文名	学会名又は雑誌名
		平成〇年〇月	肝臓機能の・・・・・・・・分析	日本肝臓学会
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

医師免許取得後の

臨床経歴書

(令和〇年〇月〇日現在)

氏名 静岡 太郎

障害区分 肝臓機能障害

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 平成〇年〇月 至 平成〇年〇月	〇〇大学附属病院 消化器内科 研修医	〇年〇か月	有・ <input type="radio"/> 無 月 〇 件
自 平成〇年〇月 至 平成〇年〇月	△△総合病院 消化器内科	〇年〇か月	<input checked="" type="radio"/> 有・無 月 5 件
自 平成〇年〇月 至 平成〇年〇月	東京□□総合病院 消化器内科 科長	〇年〇か月	<input checked="" type="radio"/> 有・無 月 10 件
自 平成〇年〇月 至 令和〇年〇月	静岡◇◇病院 消化器内科 医長	〇年〇か月	<input checked="" type="radio"/> 有・無 月 5 件
自 令和〇年〇月 至 年 月	静岡◇◇病院 消化器内科 副部長	〇年〇か月	<input checked="" type="radio"/> 有・無 月 5 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」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 東京都) 無・ 有 指定障害区分 (肝臓機能障害)
 指定期間 (平成〇年 ~ 平成〇年)
- (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		