第1-1号様式

指定医師障害種別追加申請書

　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定番号

　身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師の障害の種別を追加したいので，関係書類を添付し，次のとおり申請します。

１　診療に従事する医療機関の名称及び所在地

　 病院名：

所在地：（〒　　　　　）

２　診断しようとする医師の診療科目

３　診断しようとする障害の種別

　　□肢体，□視覚，聴覚等（□聴覚，□平衡機能，□音声・言語，□そしゃく）

□心臓，□じん臓，□呼吸器，□ぼうこう・直腸，□小腸，□免疫，□肝臓

４　指定を必要とする理由

* 地域(山間・島嶼部等)に当該障害分野の指定医師が少ない。
* 身体障害者手帳申請を要する患者の増加に対応するため。
* 当該医療機関の既指定医師が退職するため。

(退職指定医名　　　　　　　　　　　　　　)

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　関係書類

　(1) 当該医師の経歴書(第２号様式)

　　　 別紙２「指定を希望する障害に係る診療実績等」

（2）当該医師の医師免許証の写し(A4版)

６　当該申請に係る担当部署，担当者及び電話番号

　　 担 当 部 署：　　　　　 　担当者：

電話番号：

【注】：□は，該当箇所にチェックし，（　　）に記載してください