第１号様式

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定申請書

　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

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，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

　　※　原則一障害分野とするが，審査部会が充分な能力があると認めた時は，この限りではない。

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)　同意書(様式１)及び承諾書(様式２)

　(2)　当該医師の経歴書(第２号様式)

　　　　別紙「指定を希望する障害に係る診療実績等」

（3）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

様式１

同　意　書

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します。

　また，指定された診療科名に関係ある障害についてのみ，「身体障害認定基準」(平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)及び「身体障害認定要領」(平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)により，診断書・意見書を交付します。

　　　　年　　　月　　日

住 所

氏 名

広　島　県　知　事　様

様式２

承　諾　書

当院医師　　　　　　　が身体障害者福祉法第１５条第1項の規定による指定医師となることを承諾します。

　　　　年　　　月　　日

所在地

名　称

代表者(職・氏名)

広　島　県　知　事　様

第２号様式

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　名 | | | | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 歳 |
|  | | |
| 現　　住　　所 | | | | | | | 〒 | | | | |
| 医療機関 | | | | 名　称 | | |  | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | |
| 診療科目 | | |  | | | | |
| 医　籍　登　録　日 | | | | | | | 年　　　月　　　日　　第　　　　　　　号  （書換の理由　　　　　　　年　　　月　　　日） | | | | |
| 経　歴　・　職　歴 | 自 | | 至 | | | | 任免（勧退）事項 | | | 診療科目 | |
| 年 | 月 | 年 | | | 月 |
|  |  |  | | |  | 大学(院)　　　　　学部　卒業 | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  |  | | |  | |
| 【学会等の加入状況】 | | | | | | | | | | | |
| 【主たる研究歴と業績】 | | | | | | | | | | | |

　【注】最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

別紙２

指定を希望する障害に係る診療実績等

※指定を受けようとする障害の種別ごとに，作成すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害の種別  (該当する障害名にチェックしてください) | 診　療　実　績　等 | |
| 内　　　容 | 従事年数 |
| □肢体不自由  □視覚障害  聴覚等  □聴覚障害  □平衡機能障害  □音声・言語機能障害  □そしゃく機能障害  □心臓機能障害  □じん臓機能障害  □呼吸器機能障害  □ぼうこう・直腸機能障害  □小腸機能障害  □免疫機能障害  □肝臓機能障害 |  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |

【記入要領】

　診療実績については，担当する障害種別の経験を具体的に記載すること。

　　　(例)：視覚障害の場合

　　　　　　平成○○年△月□日～令和●●年▲月■日　　２年３月

　　　　　　　国立Ｘ病院　眼科勤務　白内障手術執刀医として月平均で２０－３０件の症例を手がける。