様式第1号(第2条)

身体障害者福祉法指定医指定申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　茨城県知事　　　　殿 | | | | |
|
|
|  | | 医療機関開設者または医師氏名 | |  |
|
| 医療機関 | 名称 | | | |
| 所在地  　　　　　　　　　　　市　　　　町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　郡　　　　村 | | | |
|
|
|
| 標ぼうしている診療科名 | | | |
| 指定を受けようとする医師及びその担当科目等 | 氏名(ふりがな) | | 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  　　　　　　　　　　　市　　　　町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　郡　　　　村  　　　　　　　　　　　　　　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　□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 | | | |
| 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。

※申請書の内容について、県障害福祉課より、確認させていただく場合がありますので、以下についてもご記入願います。

ご担当者の所属及び氏名：

電話番号：

様式第1号　添付書類

略歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名 | 医師氏名  　　(　　　　　年　　月　　日生) |
|
|
| 最終学歴  　　　　　　　　　大学医学部  　　　　(専攻科目　　　　　　) | 卒業年次  　　　　　　　　年　　　　　月 |
|
|
| 経　　歴 | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 備考 | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

**記載例（申請書）**

様式第1号(第2条)

身体障害者福祉法指定医指定申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和３年　１月　１日  　　茨城県知事　　　　殿 | | | | |
|
|
|  | | 医療機関開設者または医師氏名 | | 茨城　太郎 |
|
| 医療機関 | 名称　　●▲総合病院 | | | |
| 所在地  水戸市笠原町●◆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 | | | |
| 指定を受けようとする医師及びその担当科目等  医師本人の住所、電話番号を記入すること。 | 氏名(ふりがな)  茨城　太郎（いばらき　たろう） | | 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 | | | |
| 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。

指定医師の専門性確保の観点から、原則1種目としておりますが、2種目以上複数種目の申請を希望される場合は、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。

※申請書の内容について、県障害福祉課より、確認させていただく場合がありますので、以下についてもご記入願います。

ご担当者の所属及び氏名：　　　医事課　●●

電話番号：　　　０２９－×××－００００

様式第1号　添付書類

略歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名  整形外科 | 医師氏名  　　茨城　　太郎  　　　　(昭和○○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、**担当診療科目**を記入してください。  各勤務先について、勤務期間を記入してください。 | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 備考  ※ 経歴は現在に至るまでの期間（休職中、留学中等）も、抜けの無いよう  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　臨床実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　学会等の状況

　(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　臨床実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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してください。 | **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　学会等の状況

　(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　　○　○　○　○