

指 定 医 指 定 申 請 書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

千葉市長 様

住所 千葉市中央区千葉港○-○
※医師本人の住所を記載してください。

氏名 千葉 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、身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関

名 称 医療法人社団○○会 ○○病院

所在地 千葉市稲毛区穴川○-○○-○○

連絡先電話番号 (043-○○○-○○○○)

連絡先電子メールアドレス (@)

2 担当診療科目 ○○科

3 診断しようとする障害の種類
(標榜科目のうち最も専門とする診療科に関する
3障害区分のうちであること。)

肢体不自由

4 指定を希望する理由

○○○○のため

添付書類

1 医師経歴書(新規)

2 医師免許証の写し

(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。)

⑨医師免許証の写し等は縮小コピーで構わない。

ふりがな 医師の氏名	ちば たろう 千葉 太郎		性別	男 女	生年 月日	令和・平成・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇〇歳
本籍地	千葉県船橋市〇〇町〇〇番地							
現住所	千葉市中央区千葉港〇-〇							
ふりがな 医療機関の 名称	いりょうほうじんしゃだん〇〇かい 〇〇びょういん 医療法人社団〇〇会 〇〇病院							
ふりがな 医療機関の 所在地	ちばしいなげくあながわ 千葉市稲毛区穴川〇-〇〇-〇〇					電話	043-〇〇〇-〇〇〇〇	
申請者が担当する診療科目	〇〇科							
診断する障害	肢体不自由							
最初の 医師免許	〇〇年 〇月 〇日	第 〇〇〇〇 号	障害区分にかかる 書換の理由	年 月 日	臨床経験年数	〇 年		
自 至	学歴事項 (大学の何々科卒業から記入し、大学院については専門コースまで記入すること。)							
年 月	年 月							
	平成〇〇	3	〇〇大学医学部医学科卒業					
自 至	職歴事項 (勤務先については、所属科名及び身分まで全て記入すること。)							
年 月	年 月	大学及び病院名等	担当する科名	職名				
古	<ul style="list-style-type: none"> ・職歴は上から古い順で現在在籍している医療機関まで記載してください。 ・経歴が多く1枚に入りきらない場合は、複数枚用いて「主な経歴」の部分のみを書き直してください。 ・経歴書が複数枚になった時は一番最後の経歴書の署名欄に自署してください(本人が手書きしない場合は、記名押印してください。) 							
現在								
賞 罰	上記のとおり相違ありません。 令和 〇年 〇月 〇日 医師名 千葉 太郎 (※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。							

※臨床経験年数については、診断する障害区分に対する診療科名についての年数を記載すること。