

様式第2号

指定医診断項目変更(追加)申請書

年 月 日

千葉市長 様

住所

氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更(追加)したいので、身体障害者福祉法施行細則第3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

所在地

連絡先電話番号 (— —)

連絡先電子メールアドレス (@)

2 担当診療科目

3 指定済の診断する障害

4 変更(追加)しようとする診断する障害の種類
(標榜科目のうち最も専門とする診療科に係る
3障害区分のうちであること)

5 変更(追加)理由

添付書類

1 経歴書

(別紙)詳細経歴書含

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

⑨変更(追加)のいずれか一方を生かすように記入のこと

経歴書

ふりがな 医師の氏名	_____	性別	男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	満 歳
本籍地			
現住所			
学歴事項	[大学から記入し、課程まで記入すること。大学院については、専門コースまで記入すること。博士号の称号をもっている者は記入すること。]		
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
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	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
	年 月	-----	
賞 罰			
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
医 師 名			
(印)			

医師詳細経歴書(追加) (年 月 日作成)

ふりがな 医師の氏名	_____		性別	男 女	生年 月日	昭和・大正・明治 年 月 日	年令	歳
本籍地	_____							
現住所	_____							
ふりがな 医療機関の 名称	_____							
ふりがな 医療機関の 所在地	_____					電話	_____	
申請者が担当する診療科目	_____							
現在指定済の 診断する障害	_____		_____		_____			
変更申請後の 診断する障害	_____		_____		_____			
最初の 医師免許	_____年 月 日		第	_____	号	障害区分にかかる 臨床経験年数		_____年
	書換の理由		_____年 月 日					
主 な 経 歴	自	至	履歴事項 [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。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	
	/				卒業			
賞 罰	_____							

※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。