

# 申請書の記入例

（その二 精神通院医療用）

指定自立支援医療機関指定更新申請書（病院・診療所用）

千葉県知事

様

開設者が個人の場合は、個人の住所及び氏名を、開設者が法人の場合は、法人の所在地及び法人の名称（略称不可）・代表者の役職、氏名を記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関の開設者

住所又は所在地 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 医療法人社団〇〇会  
理事長 〇〇 〇〇 ㊟

開設者が個人の場合は、個人の印を、開設者が法人の場合は、法人の代表者印を押印してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第60条第1項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

1 保険医療機関の名称及び所在地

名称 医療法人社団〇〇会 △△△△クリニック

郵便番号 △△△-△△△△

所在地 千葉県△△市△△1丁目△△△

電話番号 04△-△△△-△△△△

略称ではなく、正式名称を記入してください。

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地 千葉県〇〇市〇〇1丁目〇〇

氏名又は名称 医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇

生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日

職名 理事長

「住所又は所在地」「氏名又は名称」は、上記の「医療機関の開設者」に記入したものと同様に記入してください。

3 標榜している診療科名 精神科

4 主として担当する医師の氏名 〇〇 〇〇

5 主として担当する医師の経歴（別紙）

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

※ 主として担当する医師の医師免許証の写しを添付すること。

※ 保険医療機関の指定通知書の写しを添付すること。

# 経歴書の記入例

(別紙)

ふりがなも漏れなく記入してください。

## 経 歴 書

押印してください。  
(認印可)

ふりがな 氏 名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 ◎ ◎ ◎ ◎ (印)	生年月日	昭和〇年〇月〇日
現住所	千葉県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇		
年月日	任 免 事 項		
昭和〇〇年〇月〇日	医師免許取得		
昭和〇〇年〇月〇日	〇〇大学医学部附属病院小児科医員 以後、現在まで小児のてんかん等の診療に当たる。		
昭和〇〇年〇月〇日	〇〇大学医学部附属病院小児科助手		
昭和〇〇年〇月〇日	△△病院小児科医長		
昭和〇〇年〇月〇日	△△病院小児科長		
昭和〇〇年〇月〇日	△△病院小児部長		
昭和〇〇年〇月〇日	医療法人社団〇〇会△△△△クリニック院長、現在に至る。		

保険医療機関における精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後通算して3年以上ある場合は、そのことが明確に分るように御記入ください。(精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含まれます。)

現在までの任免事項を漏れなく記入してください。