

- ・手書きで作成する場合は楷書で記入してください。判読困難な場合は再提出していただく場合があります。
- ・記載を訂正する場合は、二重線で見え消しの上、**訂正印を押印**してください。

第一号様式（第二条）

（a）

指定医指定申請書

平成〇〇年〇月〇日

↑この書類を提出する日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

住 所 千葉県〇市〇〇6-12-2  
-501

本籍地 千葉 都・道・府・県

ふりがな ちばけん たろう

氏 名 千葉県 太郎 ㊟

医師個人の居住地、本籍地、氏名を記載。  
(病院住所、理事長名ではありません)

↑氏名を自署することにより押印省略可

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の名称及び所在地

医療機関の名称 医療法人〇〇会 〇〇病院

←法人名も記載してください

所在地 〒123-4567

千葉県〇市〇〇1-2-3

←法人固有の郵便番号がある場合は、その番号を記載

2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号

担当部署 医事課

担当者名 山田

電話番号 0470-00-0000

3 診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

※ 3は何も記載しないで結構です

4 指定を希望する理由

診察に必要なため、 診断書作成を希望する患者が多いため

添付書類

1 医師詳細経歴書（新規）（別紙）

2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

- ・手書きで作成する場合は楷書で記入してください。判読困難な場合は再提出していただく場合があります。
- ・記載を訂正する場合は、二重線で見え消しの上、**訂正印を押印**してください。

別紙

(b)

医師詳細経歴書 (新規)

(ふりがな) 医師の氏名等	ちばけん たろう		男 女	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日	38 歳
	千葉県 太郎					
学歴事項	卒業及び修了年月		大学名及び大学院名		学部及び課程	
	平成14年3月		〇〇大学卒業		医学部	
	平成〇年〇月		〇〇大学大学院卒業		〇〇科 〇学専攻	
	年 月					
医療機関の 名称等	ふりがな 名称 【所在市町村名】		医療法人〇〇 〇〇病院 【〇〇市】			
申請者が担当する診療科目			リハビリテーション科			
診断しよう とする 障害の種類	肢体不自由		「関係診療科目」が5年に達しているか確認の上、 記入してください。(指定基準参照)			
最初の 医師免許	平成14年5月10日 第123456号 (書換の理由)		障害区分に係る 臨床経験年数		〇年	
経 歴 ・ 職 歴	自	至	大学名、大学院名及び病院名等		担当する科目	職名
	年	年				
	月	月				
	年	平成14	〇〇大学医学部 卒業			
	月	3				
	14	6	18	3	〇〇大学附属病院 ← 病院名まで記載してください	内科 他 研修医 医員
	18	4	19	3	〇〇医療センター 神経内科	医員
	19	4	20	3	△△クリニック	整形外科 医員
20	4	21	3	□□大学留学	〇〇科 研究生 (臨床なし)	
21	4	23	3	〇〇病院 (兼務)	整形外科 医員	
23	1	現	在	□□病院 (兼務)	リハビリテーション科 医長	

書換えをした場合のみ記入。併せて医師免許証の裏面も提出。

臨床を担当していない期間は、その期間を臨床経験年数から除き、その旨を記載してください。

- ・空白期間がないように記載してください。
- ・元号に注意 (昭和は64年まで。平成は1月8日から)
- ・重複 (兼務) 期間がある場合は余白に「兼務」と記載。

最後の行は現在の勤務先を記載してください。  
'予定' は記載しないでください。

賞 罰

有 ( )

無

上記のとおり相違ありません。

平成〇年〇月〇日

医師名 千葉県 太郎

印

注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。