

- ・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。

第二号様式（第三条）

（c）

別紙 1

指定医診断項目変更申請書

平成〇年〇月〇日

↑ 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 **印**

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診断する障害の項目を変更したいので、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 ← 法人固有の郵便番号がある場合は、その番号を記載  
千葉県〇市〇〇1-2-3

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 山本

電話番号 047-123-1234

3 現在指定済みの診断する障害の種類 別紙のとおり

4 変更後に診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

5 変更理由

担当科が変わったため

← 3, 4は何も記載しないで結構です

添付書類

1 医師詳細経歴書（診断項目変更）（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。

(d)

別紙 医師詳細経歴書（診断項目変更）

|                           |                                     |  |             |                   |              |      |               |
|---------------------------|-------------------------------------|--|-------------|-------------------|--------------|------|---------------|
| (ふりがな)<br>医師の氏名等          | ちばけん たろう                            |  | 男<br>・<br>女 | 生<br>年<br>月<br>日  | 昭和○年○月○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                             | ○○大学 卒業                                      |             |                   | 医学部          |      |               |
|                           | 年 月                                 |  |             |                   |              |      |               |
|                           | 年 月                                 |  |             |                   |              |      |               |
| 医療機関の<br>名称等              | ふりがな<br>名称<br>【所在市町村名】              | 医療法人○○ ○○病院 【○市】                             |             |                   |              |      |               |
| 申請者が担当する診療科目              | リハビリテーション科                          |  |             |                   |              |      |               |
| 現在指定済みの<br>診断する<br>障害の種類  | じん臓機能障害                             | 「関係診療科目」が5年に達しているか確認の上、<br>記入してください。（指定基準参照） |             |                   |              |      |               |
| 変更後に<br>診断しようと<br>する障害の種類 | じん臓機能障害                             | ぼうこう又は直腸<br>機能障害                             | 小腸機能障害      |                   |              |      |               |
| 最初の<br>医師免許               | 平成14年5月10日 第123456号<br>(書換えの理由 年月日) |  |             | 障害区分に係る<br>臨床経験年数 |              | ○年   |               |
| 経<br>歴<br>・<br>職<br>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 月                                 | 年 月  |             |                   |              |      |               |
|                           |                                     |  | 平成<br>14    | 3                 | ○○大学医学部 卒業   |      |               |
|                           | 14                                  | 6  | 17          | 3                 | ○○大学附属病院     | 内科 他 | 研修医 医員        |
|                           | 17                                  | 4  | 18          | 3                 | ○○○○大学       | ○○科  | 研究生<br>(臨床なし) |
|                           | 18                                  | 4  | 19          | 3                 | △△クリニック (兼務) | 泌尿器科 | 医員            |
|                           | 19                                  | 1  | 24          | 3                 | □□総合病院 (兼務)  | 泌尿器科 | 医員            |
| 24                        | 4                                   | 現  | 在           | ○○病院              | 泌尿器科         | 部長   |               |
| 賞 罰                       | 有 ( ) ・ 無                           |  |             |                   |              |      |               |

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。

上記のとおり相違ありません。

平成○年○月○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。