

指定医指定申請書

この書類を提出する日

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 熊谷俊人 様

申請する医師の居住地、氏名を記載
（病院住所、理事長名ではありません）

住 所 千葉県千葉市中央区市場町1-1

- ・手書きで作成する場合は、楷書で記載
- ・判読困難な場合は再提出していただく場合があります。
- ・訂正する場合は、正しい内容が分かるよう二重線で見え消しの上、訂正印を押印してください

ふりがな ちばけん たろう

氏 名 千葉県 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の名称及び所在地
医療機関の名称

医療法人社団〇〇会 〇〇病院

所在地 〒 1 2 3 - 4 5 6 7

千葉県〇〇市〇〇 1 - 2

法人名を省略せず、正式名称を記載

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 千葉

電話番号 000 (000) 0000

- 3 診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

※ 3の欄は記入しない

- 4 指定を希望する理由

診断書の作成を希望する患者が多いため

「診療に必要なため」「診断書の作成を希望する患者が多いため」等の理由を記載

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。）

- ・手書きで作成する場合は、楷書で記載。判読困難な場合は再提出していただく場合があります。
- ・訂正する場合は、正しい内容が分かるよう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		<input checked="" type="checkbox"/> 男 女	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日	〇〇歳
	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		医学部	
	平成〇〇年 〇月		〇〇大学大学院		〇〇科〇〇学専攻	
医療機関の 名称等	ふりがな 名称 【所在市町村名】		法人名を省略せず、正式名称を記載 医療法人社団〇〇会 〇〇病院 【 〇〇市 】			
	申請者が担当する診療科目		整形外科			
診断しようとする 障害の種類	肢体不自由		関係する診療科目の臨床経験（5年以上）を確認 （平成16年4月から必修化された新医師臨床研修制度の2年間の研修を除く）			
最初の 医師免許	平成〇〇年〇月〇日 第123456号 (書換の理由 年 月 日)		障害区分に係る 臨床経験年数		〇〇年	
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 月	年 月	卒業			
賞 罰	有 () ・ 無					

上記のとおり相違ありません。

年 月 日 医師名