第一号様式（第二条）　　　　　　　 　（ａ）

指定医指定申請書

　　年　月　日

千葉県知事　　　　　　　　様

住　所

ふりがな

氏　名

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

　　所在地　〒

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

　　担当者名

　　電話番号

３　診断しようとする障害の種類　別紙のとおり

４　指定を希望する理由

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。）

別紙　　　　　　　　　　　　　　　　　（ｂ）

　　　　　　　　　　　　　医師詳細経歴書（新規）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）医師の氏名等 |  | 男女 | 生年月日 | 　　　年　月　日 | 　歳 |
|  |
| 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 |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 年　　月 |  |  |
| 医療機関の名称等 | ふりがな名　称【所在市町村名】 | 　　　　　　　　　　　　　　　【　　　　　　】 |
| 申請者が担当する診療科目 |  |
| 診断しようとする障害の種類 |  |  |  |  |
| 最 初 の医師免許 | 年　 月　 日　第　　　　 号（書換の理由　　　　　　　年　　月　　日） | 障害区分に係る臨床経験年数 | 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