|  |
| --- |
| 第二号様式（第三条）　　　　　　　　（ｃ）　　　　　　　　　　　　　 指定医診断項目変更申請書年　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　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　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。） |

（ｄ）

**別紙**医師詳細経歴書（診断項目変更）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | ふりかな名　称【所在市町村名】 | 　　　【　　　　　】 |
| 申請者が担当する診療科目 |  |
| 現在指定済みの診断する　障害の種類 |  |  |  |  |
| 変更後に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（書換えの理由　　　　　　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