

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	生年月日	年 月 日	歳
					女			
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