

様式第 1 号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

山形県知事 殿

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇

氏名 〇 〇 〇 〇 ⑩

指 定 医 師 指 定 申 請 書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として、下記のとおり指定くださるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 従事する医療機関の名称

医療法人△△会 〇〇病院

2 従事する医療機関の住所

〇〇市〇〇町〇-〇-〇

3 主として担当する診療科目

内 科

4 申請する障害診断科目（申請する科目を○で囲む。）

イ 視覚障害に関する診断

ロ 聴覚障害に関する診断

ハ 平衡機能障害に関する診断

ニ 音声・言語機能障害に関する診断

ホ そしゃく機能障害（咬合異常・嚥下機能障害等）

ヘ 肢体不自由に関する診断

ト 心臓機能障害に関する診断

チ じん臓機能障害に関する診断

リ 呼吸器機能障害に関する診断

ヌ ぼうこう又は直腸機能障害に関する診断

⑩ ル 小腸機能障害に関する診断

※複数同時申請が可能です。

ヲ 免疫機能障害に関する診断

※既に指定を受けている科目がある場合は

⑩ ヲ 肝臓機能障害に関する診断

追加申請分のみで結構です。

様式第1号の2

同 意 書

医 師 氏 名	〇 〇 〇 〇 ※指定を受けようとする医師の氏名を記入
医療機関名及び所在地	医療法人△△会 〇〇病院 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
担 当 科 目	内 科 ※指定申請書（様式第1号）の3（主として 担当する診療科目）と一致すること。
身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 医療機関開設者 医療法人△△会理事長△△△△ ㊟ 医 師 〇 〇 〇 〇 ㊟ ※医療機関開設者と申請する医師が同一の場合も両方 とも記入をお願いします。	

備考 署名した場合は、押印を省略することができる。

履 歴 書					
医 籍 登 録 年 月 日	平成〇〇年〇月〇〇日	(ふりがな) 氏 名	〇〇 〇〇〇〇 〇 〇 〇 〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇〇日
本 籍	〇〇県△△市□□三丁目6番				
現 住 所	山形県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
最 終 学 歴	平成〇〇年〇〇月 △△大学医学部 卒業			※学部卒業までとし、大学院は研究歴にご記入ください。	
加 入 学 会	(例) 日本内科学会、日本消化器病学会、日本肝臓学会			※申請障害区分に関係のあるものをご記入ください。	
職 歴	年 月 日	事 項 (※勤務病院については所属診療科まで記入してください。)			
	平成〇〇年〇月 △△年△月 〇〇年〇月 □□年□月 ～現在に至る	〇〇大学医学部附属病院第2内科 (消化器内科) △△病院△△科 〇〇大学医学部附属病院第2内科 (消化器内科) □□医院□□科 ※必ず診療科名までご記入ください。 ※「第1内科」「第2内科」などの場合は、専門科目名 (循環器内科、消化器内科など) もご記入ください。			
	※大学卒業後から現在までご記入ください。	欄が不足する場合は必要事項が網羅されていれば別紙で提出いただいても構いません。			
研 究 歴	年 月 日	研 究 内 容			
	平成〇〇年〇月 平成△△年△月	〇〇大学大学院医学研究科修了 (〇〇学講座) 学位論文「〇〇〇〇の〇〇〇〇〇〇について」 学会提出論文「△△△△の△△△△△△について」			
指定障害区分に関連のある医療 についての経験年数 (注)	視 覚 年 そしゃく 年 呼吸器 年 肝臓 △年	聴 覚 年 肢 体 年 膀・直 年	平 衡 年 心 臓 年 小 腸 〇年	音・言 年 じん臓 年 免 疫 年	※4年11月の場合は4年とご記入ください。

(注) 各障害区分ごと記入すること。
 上記内容に相違ありません。
 令和〇〇年〇〇月〇〇日

必ず指定基準を参照し、申請障害区分に関連のある診療科に所属していた年数を職歴欄と整合性が取れるようにご記入ください。

医師氏名 〇 〇 〇 〇 印
 (記名押印又は署名)