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