様式１

**身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師の指定申請書**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）

埼玉県知事

〒

所在地

医療機関名

TEL

（フリガナ）

申請者氏名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　満　　　歳

身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師として同意いたしますので、指定を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 | | | | | | （担当しようとする）障害区分 | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 医療機関代表者との雇用関係 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者本人 | | | | 常勤 | | | 非常勤（週　　　日,契約年数　　　　　年） | | | | | | | |
| 学歴 | | | | | | 師事した指導者の所属・職名・氏名 | | | | | | | | |
| （　　　　　年卒業） | | | | | | 所属・職名 | | | 氏名 | （フリガナ） | | | | |
|  | | | | |
| 学位 | 有・無 | 授与大学名 |  | | | | | | | | | | | |
| 学位論文名 |  | | | | | | | | | | | |
| 経歴（任免事項等） | | | | | | 研究業績等（申請の障害区分に関連する主なもの） | | | | | | | | |
| 年　月 | |  | | | | 題名（発表誌・巻・号・頁） | | | | | 発表機関 | | | 年次 |
|  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | |  |
| 診　療　実　績　（概ね過去５年間の申請障害区分に関連する診療内容等実績） | | | | | | | | | | | | | | |
| 診　療　内　容　等 | | | | | | 期　間（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | 件　数 | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 関係学会  加入状況 | | 学会名  （加入年月　　　　　年　　　月） | | | 学会名  （加入年月　　　　　年　　　月） | | | 学会名  （加入年月　　　　　年　　　月） | | | | | | |
| 上記学会での認定医・専門医等の資格 | | 資格名  登録等番号  （取得年月　　　　　　 年　　　 月） | | | 資格名  登録等番号  （取得年月　　　　　　 年　　　 月） | | | 資格名  登録等番号  （取得年月　　　　　　 年　　　 月） | | | | | | |

注）医師免許証の写しを添付してください。また、指定申請書記入要領を参照のうえ、楷書にて記載してください。

様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　記　入　例　）

**身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師の指定申請書**

　　　令和○○年　○月　○日

（あて先）

埼玉県知事

〒○○○－○○○○

所在地　　　　○○市○○△－△－△

医療機関名　　　　○○総合病院

TEL　　　　△△△－△△△－△△△△

（フリガナ）　　　　サイタマ　 　 タロウ

申請者氏名　　　　埼　 玉　　太　　郎

生年月日　　　　昭和○○年　１月　１日生　　　 満○○歳

身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師として同意いたしますので、指定を受けたく申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 | | | | | | （担当しようとする）障害区分 | | | | | | | | |
| ○　○　○　科 | | | | | | ○　○　○ | | | | | | | | |
| 医療機関代表者との雇用関係 | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者本人 | | | | 常勤 | | | 非常勤（週　　　日,契約年数　　　　　年） | | | | | | | |
| 学歴 | | | | | | 師事した指導者の所属・職名・氏名 | | | | | | | | |
| △△大学  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（昭和５５年卒業） | | | | | | 所属・職名  △△大学○○○科　教授 | | | 氏名 | （フリガナ）トウキョウイチロウ | | | | |
| 東京　一郎 | | | | |
| 学位 | 有・無 | 授与大学名 | △△大学 | | | | | | | | | | | |
| 学位論文名 | ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇に関する研究  外国語表記の場合は日本語訳を追記ください。日本語訳がない場合は、「和訳なし」と御記入ください。  空白期間のないよう御記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 経歴（任免事項等） | | | | | | 研究業績等（申請の障害区分に関連する主なもの） | | | | | | | | |
| 年　月  Ｓ５５．６  Ｓ６２．３  Ｓ６２．４  Ｈ　３．３  Ｈ　３．４  ～現在 | | △△大学附属病院　○○科　勤務  　　　　 同　　　 　　　退職  □□病院　○○科　勤務  　　　　 同　　　　 退職  ○○総合病院　○○科　勤務 | | | | 題名（発表誌・巻・号・頁） | | | | | 発表機関 | | | 年次 |
| ①　◇◇◇◇◇◇◇の症例について  　（◇◇◇　３４巻２１号  　　１００～１０５）  ②　△△ △△△ △△ a case report.  （日本語訳）▽▽▽▽▽▽▽の一例  （▽▽▽誌　４巻３号　１８０～２０１） | | | | | ○○○  　 〃 | | | Ｓ62  Ｈ12 |
|  | | | | | |  | |  |
| 診　療　実　績　（概ね過去５年間の申請障害区分に関連する診療内容等実績） | | | | | | | | | | | | | | |
| 診　療　内　容　等 | | | | | | 期　間（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | 件　数 | |
| ○○総合病院において△△△治療  ○○総合病院において▲▲▲手術 | | | | | | Ｈ１９．４～Ｈ２２．３  Ｈ２２．４～Ｈ２４．３  資格がない場合は「なし」と御記入ください。 | | | | | | | ○○○件  ○○件 | |
| 関係学会  加入状況 | | 学会名　△△△学会  （加入年月　　平成元年　　３月） | | | 学会名　　　　　　同　左  （加入年月　　　　　年　　　月） | | | 学会名　▲▲▲学会  （加入年月　　　平成７年　　３月） | | | | | | |
| 上記学会での認定医・専門医等の資格 | | 資格名　専門医  登録等番号　○○○○○  （取得年月　　　　 平成○年　　 ○月） | | | 資格名　指導医  登録等番号　○○○○○  （取得年月　　　　 平成○年　　 ○月） | | | 資格名　　なし  登録等番号  （取得年月　　　　　　 年　　　 月） | | | | | | |

注）医師免許証の写しを添付してください。また、指定申請書記入要領を参照のうえ、楷書にて記載してください。