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Ｓ５５．６Ｓ６２．３Ｓ６２．４Ｈ　３．３Ｈ　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） | ○○○　 〃 | Ｓ62Ｈ12 |
| 　　　 |  | 　　　 |
| 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～Ｈ２２．３Ｈ２２．４～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。