

医師指定申請書

年 月 日

長野県知事 殿

医師 住所

氏名

正式名称の記載をお願いします。

医療機関名

診療科名

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の
指定申請について

このことについて、次の書類を添付して申請します。

- 1 同意書
- 2 履歴書
- 3 医師免許証(写)

既に指定をお持ちで指定科目を
追加したい場合、付箋や、メモ書
きで差し支えありませんので、
「指定の追加」である旨をご記載
いただけると幸いです。

姓等が申請者名と異なる場合は、戸籍謄
本など同一人物であること
が判るものを添付してください。

身体障害者指定医同意書

長野県知事 殿

年 月 日

診療を行う場所

氏名

私は、下記科目につき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します。

担当科目

指定されたい科目の記載をお願いします。

1. 視覚障害
2. 聴覚障害
3. 平衡機能障害
4. 音声・言語機能障害
5. そしゃく機能障害
6. 肢体不自由
7. 心臓機能障害
8. じん臓機能障害
9. 呼吸器機能障害
10. ぼうこう又は直腸機能障害
11. 小腸機能障害
12. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
13. 肝臓機能障害

上記について承認します。

医療機関の長

(様式第2号)

| 履 歴 書 | | | |
|-------------|-----------------|-----|----------------|
| ふりがな 氏 名 | | | 生年月日 年 月 日生 |
| 本 籍 | 現住所 | | |
| 学 位 | 医籍登録日 | | 年 月 日 |
| 年月日 | 主たる研究歴と業績 | | |
| | (最終学歴) 大学 医学部卒業 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 職 歴 | | | |
| 年月日 | 病院(診療所)名 | 診療科 | 身分 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

初期研修を含む全ての医療機関毎に、申請する障害区分に関係のある従事した診療科名を記載してください。

なるべく詳細な履歴を確認するため、現時点で6年以上の経歴があっても、現在勤務している病院の経歴含めて記載をお願いします。
また、勤務していた期間がわかるようにご記入ください。(例:平成30年4月~令和2年3月)
欄に収まりきれない場合は、別紙としても差し支えありません。

(注) 1 実施修練、学位取得、勤務先等を年次順に記載すること。
2 勤務先における身分の記載例:院長、部長、医長、医員
3 上記内容が具備されていれば、この様式以外でもよいこと。