

記載例

身体障害者福祉法による医師の指定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

徳島県知事 殿

住所 徳島市○○町○丁目○-○

氏名 ○○ ○○

連絡先 ○○○-○○○○

指定を受けようとする医師の住所を記入してください。

指定を受けようとする医師の氏名を記入してください。

日中、連絡のつく連絡先をご記入ください。

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師として指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

医療機関所在地 徳島市万代町○○丁目○○-○○

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○ ○○

診療科目 ○○○科

指定を希望する障害の種別（番号に○をつけること。）

- 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

記載例

同意書

医師の氏名	〇〇 〇〇
医療機関の所在地	徳島市万代町〇〇丁目〇〇-〇〇
担当科目	〇〇〇科
<p>身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に指定されることに同意します。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>医療機関開設者氏名 〇〇病院長 □□ □□</p> <p>医師氏名 〇〇 〇〇 (上記「医師の氏名」と同じ)</p>	

履 歴 書

令和 ○年 ○月 ○日現在

氏 名 <small>ふりがな</small>	(ふりがなは必ず書いてください) ○○ ○○	○○年 ○月 ○日生(満○○才)
現住所	徳島市万代町○丁目○-○	電話○○○-○○○-○○○
勤務地住所	徳島市万代町○○丁目○○-○○	電話○○○-○○○-○○○
学 位	医学博士	
年 月 日	履 歴	
○○年○○月○○日	○○大学医学部卒業	
○○年○○月○○日	○○大学大学院卒業 ○○科○○学専攻	
○○年○○月○○日	○○病院 研修医	
○○年○○月○○日	○○病院○○科 医員	●臨床を担当した期間がある場合には、その期間を記入してください。 ●臨床を担当していない場合には、「臨床なし」と記載してください。
○○年○○月○○日	○○病院○○科 医員	
○○年○○月○○日	○○大学○○科 留学	
	(○○年○○月～○○年○○月 臨床担当)	
○○年○○月○○日	○○病院○○科医長	
○○年○○月○○日	○○病院○○科医長	
	現在に至る	
●空白期間がないように記載して下さい。	※ ○○科は必ず記載してください(何科で何年の臨床経験があるかが分かるように記載してください。)	

※医師免許証の写しを添付してください。