

身体障害者福祉法指定医指定申請書

年 月 日

和歌山県知事 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6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関

名 称

所 在 地

電話番号

2 主として担当する診療科目

3 診療しようとする障害の種類(下記のいずれかを○で囲むこと。)

- (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) 心臓の機能障害
- (8) じん臓の機能障害
- (9) 呼吸器の機能障害
- (10) ぼうこう又は直腸の機能障害
- (11) 小腸の機能障害
- (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害
- (13) 肝臓の機能障害

4 添付書類

- (1) 経歴書(別紙)
- (2) 医師免許証の写し
- (3) 学会が認めた専門医等の認定証の写し

別紙

経 歴 書

ふりがな 氏名		性別	男 女
生年月日	年 月 日生	年齢	満 歳
現住所			

学歴事項(大学から記入し、課程まで記入すること。大学院については、専門コースまで記入すること。)

年 月

職歴事項(勤務先における所属科名及び役職名(例えば医長、医員、講師、助手等)まで記入すること。)

年 月

診断しようとする障害に関する研究及び臨床例等	
卒業後の主な状況	
直近の一年間の主な状況	(症例数も記入のこと。)
加入学会名、学位、論文、学会発表等	
年 月	
上記のとおり相違ありません。	
年 月 日	
医師名	