

指 定 申 請 書

年 月 日

盛 岡 市 長 様

ふりがな
医師氏名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として次のとおり指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

指定を受けようとする診療科名	科 (経験年数 年 月)	
担当する障害分野 (該当項目に○)	視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体不自由 心臓 じん臓 呼吸器 膀胱・直腸 小腸 免疫 肝臓	
診療に従事する 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	電話番号 ()
	標榜する 診療科名	
	担 当 者 職・氏名	
添 付 書 類 (該当項目に○)	1 経歴書 (様式第2号) 2 同意書 (様式第3号) 3 医師免許証の写し 4 認定医を取得している場合にあつては、証書の写し 5 じん臓の指定を受けようとする場合にあつては、人工透析に関する専門研修・臨床実績証明 (様式第4号)	

経 歴 書

年 月 日現在

氏 名		性別	男 ・ 女
指定を受けようとする診療科名		生年月日	年 月 日
本 籍 地			
現 住 所			
年 月	主 な 経 歴	経験年数	
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
自 年 月		年 月	
至 年 月			
		計	年 月

経歴書記載上の留意事項

- 1 大学院の専攻科目が指定を受けようとする診療科目と異なる場合、経験年数として算定できない場合があります。
- 2 各診療科目とも、医籍登録後の経験年数は3年以上必要です。
なお、じん臓機能に関する指定については、人工透析等の実務経験が1年以上必要となります。指導医の証明書（臨床実績等）を添付してください。
- 3 関係する学会の認定医等を取得している場合は、証書の写しを添付してください。

同 意 書

年 月 日

盛岡市長様

医療機関開設者氏名 (※)

医 師 氏 名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として、次のとおり指定されることに同意する。

記

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
診 療 科 名	
担当する障害分野 (該当項目に○)	視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体不自由 心臓 じん臓 呼吸器 膀胱・直腸 小腸 免疫 肝臓

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期間	患者数	回数	医療機関名等
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

有 (年研修) ・ 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。