指　定　申　請　書

年　　月　　日

盛　岡　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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っては、証書の写し  　５　じん臓の指定を受けようとする場合にあっては、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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 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 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 |  | | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 |
| 自　　　年 　月 | |  | | | 年 　カ月 |
| 至　　　年 　月 | |
| 計 | | | | | 年 　カ月 |

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。