第1-1号様式

指定医師障害種別追加申請書

　　年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定番号

　身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師の障害の種別を追加したいので、関係書類を添付し、次のとおり申請します。

１　診療に従事する医療機関の名称及び所在地

　 病院名：

所在地：（〒　　　　　）

２　診断しようとする医師の診療科目

３　診断しようとする障害の種別

　　□肢体、□視覚、聴覚等（□聴覚、□平衡機能、□音声・言語、□そしゃく）

□心臓、□じん臓、□呼吸器、□ぼうこう・直腸、□小腸、□免疫、□肝臓

４　指定を必要とする理由

* 地域(山間・島嶼部等)に当該障害分野の指定医師が少ない。
* 身体障害者手帳申請を要する患者の増加に対応するため。
* 当該医療機関の既指定医師が退職するため。

(退職指定医名　　　　　　　　　　　　　　)

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　関係書類

　(1) 当該医師の経歴書(第２号様式)

　　　 別紙２「指定を希望する障害に係る診療実績等」

（2）当該医師の医師免許証の写し(A4版)

６　当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号

　　 担 当 部 署：　　　　　 　担当者：

電話番号：

【注】：□は、該当箇所にチェックし、（　　）に記載してください

第２号様式

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な氏　名 | 　　　　　　　　　　　 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 　　歳 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現　　住　　所 | 〒　　　　 |
| 医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 診療科目 |  |
| 医　籍　登　録　日 | 　　　年　　　月　　　日　　第　　　　　　　号（書換の理由　　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 経　歴　・　職　歴 | 自 | 至 | 任免（勧退）事項 | 診療科目 |
| 年 | 月 | 年 | 月 |
|  |  |  |  | 大学(院)　　　　　学部　卒業 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 【学会等の加入状況】 |
| 【主たる研究歴と業績】 |

　【注】最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

別紙２

指定を希望する障害に係る診療実績等

※指定を受けようとする障害の種別ごとに、作成すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害の種別(該当する障害名にチェックしてください) | 診　療　実　績　等 |
| 内　　　容 | 従事年数 |
| □肢体不自由□視覚障害聴覚等□聴覚障害□平衡機能障害□音声・言語機能障害□そしゃく機能障害□心臓機能障害□じん臓機能障害□呼吸器機能障害□ぼうこう・直腸機能障害□小腸機能障害□免疫機能障害□肝臓機能障害 |  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |

【記入要領】

　診療実績については、担当する障害種別の経験を具体的に記載すること。

　　　(例)：視覚障害の場合

　　　　　　平成○○年△月□日～令和●●年▲月■日　　２年３月

　　　　　　　国立Ｘ病院　眼科勤務　白内障手術執刀医として月平均で２０－３０件の症例を手がける。