

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