

④変更(追加)のいずれか一方を生かすように記入のこと。

ふりがな 医師の氏名	ちば たろう 千葉 太郎		性別	男 女	生年 月日	令和・平成昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇〇歳
本 籍 地	千葉県船橋市〇〇町〇〇番地							
現 住 所	千葉市中央区千葉港〇-〇							
ふりがな 医療機関の 名 称	いりょうほうじんしゃだん〇〇かい 〇〇びょういん 医療法人社団〇〇会 〇〇病院							
ふりがな 医療機関の 所 在 地	ちばしいなげくあながわ 千葉市稲毛区穴川〇-〇〇-〇〇					電話	043-〇〇〇-〇〇〇〇	
申請者が担当する診療科目			〇〇科					
現在指定済の 診断する障害	肢体不自由							
変更申請後の 診断する障害	肢体不自由			視覚障害				
最 初 の 医 師 免 許	〇〇 年 〇 月 〇 日 第 〇〇〇〇 号 書換の理由 年 月 日					障害区分にかかる 臨床経験年数		〇 年
自 至		学歴事項 (大学の何々科卒業から記入し、大学院については専門コースまで記入すること。)						
年	月	年	月					
		平成〇〇	3	〇〇大学医学部医学科卒業				
自 至		職歴事項 (勤務先については、所属科名及び身分まで全て記入すること。)						
年	月	年	月	大学及び病院名等	担当する科名	職 名		
				・現在在籍している医療機関まで記載してください。 ・経歴が多く1枚に入りきらない場合は、複数枚用いて「主な経歴」の部分のみを書き直してください。 ・経歴書が複数枚になった時は一番最後の経歴書の署名欄に自署してください(本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)				
賞 罰								
上記のとおり相違ありません。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医 師 名 千葉 太郎 (※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。								

※臨床経験年数については、診断する障害区分に対する診療科名についての年数を記載すること。