

指 定 医 指 定 申 請 書

年 月 日

千葉市長 様

住所

氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関

名 称

所 在 地

連絡先電話番号 (— —)

連絡先電子メールアドレス (@)

2 担当診療科目

3 診断しようとする障害の種類
(標榜科目のうち最も専門とする診療科に関する
3障害区分のうちであること。)

4 指定を希望する理由

添付書類

1 医師経歴書(新規)

2 医師免許証の写し

(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。)

⑨医師免許証の写し等は縮小コピーで構わない。

ふりがな 医師の氏名			性別	男 女	生年 月 日	年 月 日		年齢	歳
本 籍 地									
現 住 所									
ふりがな 医療機関の 名 称									
ふりがな 医療機関の 所 在 地						電話			
申請者が担当する診療科目									
診断する障害									
最 初 の 医 師 免 許	年 月 日 第 号				障害区分にかかる 臨床経験年数			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						
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	
賞 罰									
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医 師 名 (※) (※)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。