

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定(変更)申請書
(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
	連絡先電話番号 及び連絡先電子 メールアドレス	@		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴		自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の概要		
自立支援医療を行うための入院設備の定員	人			
上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定(変更)されたく申請する。 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。 年 月 日 開 設 者 住 所 氏名又は名称 電 話 番 号 (あて先) 千葉市長 印				

※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏名		生年月日	
現住所					
関係学会加入状況					
年月日	任 免 事 項		師事した指導者の氏名、学位論文名 又は学会に提出した論文名		

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏 名

1 研究のテーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週	日	時間)
至	年	月	日				

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自	年	月	日	}	月間 (1 週	日	時間)
至	年	月	日				

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名

(別紙4)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名			主たる担当 医 師 名		
期間		症例数	実施医療機関名等		備 考
年 月 ～ 年 月			心臓移植術後の抗免疫療法		(国 名)
年 月 ～ 年 月			病院		
年 月 ～ 年 月			H P		
年 月 ～ 年 月			心臓移植術		(国 名)
年 月 ～ 年 月			病院		
			H P		

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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

(別紙5)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関			連携する 医 師 名		
期 間		症例数	実施医療機関名等		備 考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月			心臓移植術 病院 H P		(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月			心臓移植術後の抗免疫療法 病院 H P		(国 名)
連携する医師の経歴書		生年月日	学位		
年 月 日	任 免 事 項		師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名		

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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙6)

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	人	回	
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

(1) 有 (年度研修)

(2) 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

(別紙 7)

腎移植症例申立書

1 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月 至 年 月 (計 年 月)

(2) 腎移植症例数 件

2 腎移植症例 (直近時の 3 症例)

症例 1

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

症例 2

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

症例 3

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

上記に相違ありません

年 月 日

医療機関名

医 師 名

(別紙8)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症例数	備 考
	年月日 年月日 ～ ～ ～	中心静脈栄養法 () () ()	
	年月日 年月日 ～ ～ ～	経腸栄養法	

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

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
 - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

別紙 9

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術の症例申立書

1 肝移植術症例数等

(1) 肝移植術臨床従事期間

自 年 月
至 年 月

(計 年 月)

(2) 肝移植術症例数

件

2 肝移植術症例（直近時の 3 症例）

症例 1

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

症例 2

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

症例 3

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 診断
- (4) 治療方針
- (5) 治療経過

上記に相違ありません

年 月 日

医療機関名

医 師 名

(別紙 10)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 H P	(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 H P	(国 名)

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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

(別紙 1 1)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関			連携する 医 師 名		
期 間		症例数	実施医療機関名等		備 考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月			肝臓移植術 病院 H P		(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月			肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 H P		(国 名)
連携する医師の経歴書		生年月日	学位		
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名			

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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

歯科矯正症例申立書

※ 口蓋裂の症例のみ対象としてください。

1 歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月 (計 年 月)
至 年 月

(2) 歯科矯正症例数

件

2 歯科矯正症例 (直近時の 5 症例)

症例 1

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 裂型
- (4) 現症
- (5) 診断
- (6) 治療方針
- (7) 治療経過

症例 2

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 裂型
- (4) 現症
- (5) 診断
- (6) 治療方針
- (7) 治療経過

症例 3

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 裂型
- (4) 現症
- (5) 診断
- (6) 治療方針
- (7) 治療経過

別紙 1 2
(つづき)

症例 4

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 裂型
- (4) 現症
- (5) 診断
- (6) 治療方針
- (7) 治療経過

症例 5

- (1) 初診日
- (2) 初診時年齢
- (3) 裂型
- (4) 現症
- (5) 診断
- (6) 治療方針
- (7) 治療経過

上記に相違ありません
年 月

日

医療機関名
医 師 名