別記第4号様式(第6条関係)

|  |
| --- |
| 身体障害者福祉法指定医指定申請書年　　月　　日　和歌山県知事　　様住所　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　　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6条第1項の規定により、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　 電話番号2　主として担当する診療科目3　診療しようとする障害の種類(下記のいずれかを○で囲むこと。)　(1)　視覚障害　(2)　聴覚障害　(3)　平衡機能障害　(4)　音声、言語機能障害　(5)　そしゃく機能障害　(6)　肢体不自由　(7)　心臓の機能障害　(8)　じん臓の機能障害　(9)　呼吸器の機能障害　(10)　ぼうこう又は直腸の機能障害　(11)　小腸の機能障害　(12)　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害　(13)　肝臓の機能障害4　添付書類　(1)　経歴書(別紙)　(2)　医師免許証の写し　(3)　学会が認めた専門医等の認定証の写し |

別紙

|  |
| --- |
| 経歴書 |
| 　 | ふりがな氏名 | 　 | 性別 | 男女 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 年齢 | 満歳 |
| 現住所 | 　 |
| 　学歴事項(大学から記入し、課程まで記入すること。大学院については、専門コースまで記入すること。)　　　　　年　　月 |
| 　職歴事項(勤務先における所属科名及び役職名(例えば医長、医員、講師、助手等)まで記入すること。)　　　　　年　　月 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 診断しようとする障害に関する研究及び臨床例等 |
| 卒業後の主な状況 | 　 |
| 直近の一年間の主な状況 | (症例数も記入のこと。) |
| 加入学会名、学位、論文、学会発表等 |
| 　　　　　年　　月 |
| 　上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　年　　月　　日医師名　　　　　　　　　　　 |