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 | |