

記入例

令和2年 7月 10日

愛知県知事殿

医師住所 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

医師氏名 愛知 太郎

身体障害者福祉法による知事の定める医師指定申請書

下記のとおり身体障害者福祉法第15条の規定による指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

医師	氏名	愛知 太郎	生年月日	昭和40年 5月 5日生	性別	男
	住所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号				
診療に従事する医療機関名	名称	愛知県庁病院				
	所在地	愛知市二の丸町1丁目1番1号				
複数指定を希望する方は、希望する優先順位も記入してください。		460-8501	(tel 123-456-7890)			
指定を受けたい障害区分		1	2	3	4	5
		6	7	8	9	10
		11	12	13		

希望優先順位

視覚障害

じん臓機能障害

聴覚障害

呼吸器機能障害

平衡機能障害

ぼうこう・直腸機能障害

音声・言語機能障害

小腸機能障害

そしゃく機能障害

免疫機能障害

肢体不自由

肝臓機能障害

心臓機能障害

(記入要領)

- 「診療に従事する医療機関名」は、必ず正式名称を記載すること。
- 「指定を受けたい障害区分」は、希望するもの一つに○を付けること。

様式第 2

履 歴 書					
ふりがな 氏名	あいち たろう 愛知 太郎	生年月日	昭和40年5月5日生	性別	男
住所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号				
医師免許取得 年 月 日	平成1年5月31日	医師歴	31年1月	学位	医学博士
担当する診療科名	腎臓内 科	指定を受けたい障害区分		①肢体不自由 ②音声・言語機能障害 ③じん臓機能障害	
学会加入の状況	学会名 ○○学会 (加入 平成2年9月) ××学会 (加入 平成5年12月)				
年 月 日	学歴・経歴等				
平成1年3月	愛知県庁大学医学部医学科 卒業		学位がない場合は、「無」と記入してください。		
平成1年4月	愛知県庁病院 内科 研修医				
平成3年4月	健康福祉病院 内科 医員				
平成15年1月	障害福祉医療センター 内科 医長				
平成25年4月～	愛知県庁病院 腎臓内科 部長		急性腎不全透析療法導入：200名/年 慢性腎不全透析療法導入：300名/年		
論文	△△△△の□□□ 2012. 4. 1				
	担当診療科も必ず記入してください。				
その他添付書類： ・医師免許証の写し ・必要に応じて専門医証や関連学会加入証明等 ※指定区分が聴覚障害の場合は、必ず耳鼻咽喉科専門医証の写しが必要です。					

上記のとおり相違ありません。

医師氏名 愛知 太郎

同意書

令和2年 7月 10日

愛知県知事殿

開設許可を受けた開設者氏名を記載すること。(例えば、医療法人の場合は、法人名称、理事長等の職・氏名を記載すること。)

指定を希望する医師氏名 愛知 太郎

診療に従事する医療機関の開設者氏名 医療法人あいちの会
理事長 福祉 健二

身体障害者福祉法第15条に規定する医師に指定されることを同意します。

診療に従事する 医療機関	名称	愛知県庁病院
	所在地	愛知市二の丸町1丁目1番1号
	標榜診療科	内科、外科、皮膚科、腎臓内科、 歯科・歯科口腔外科、眼科
指定を希望する医師の担当診療科		腎臓内科