様式第12号（規格Ａ４）（第12条関係）

（その１）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　　　称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所　在　地 | 〒　　　－  （電話番号　　　　－　　　－　　　　）  （E-mail　　　　　 　　　　　　 　　　　　　 ） | | |
| 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 | |  | | |
| 主として担当する医師の経歴 | | （別紙） | | |
| 上記のとおり、障害者総合支援法第５９条第１項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。  また、障害者総合支援法第５９条第３項において準用する障害者総合支援法第３６条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　－　　　－　　　　）  群馬県知事　あて | | | | |

備考

　１　「標榜している診療科目」欄は、標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。

　（別紙）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | |
| 年月日 | 任　免　事　項 | | |
|  |  | | |

※医師免許証の写しを添付してください。

（記入要領）

　１　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

　２　（別紙１）経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること（主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか１名について記載）。

　　(1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。

　　(2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。

（例えば、○○医科大学精神科教室又は○○病院精神科のように記載し、○○医科大学、○○病院のように省略しないこと。）

　　(3) 勤務先における身分（例えば、医長、委員、講師、助手等）を明確に記載すること。

　　(4) 非常勤職員については、申請時点における直近１か月又は１週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。

　　(5) ２以上の施設に兼務する等の場合にあっては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。

　　　（例えば、○○医科大学病院精神科週４日（延○時間勤務）等）