

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)		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称 (電話番号 - - )</p> <p>群馬県知事 あて</p>				

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、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇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つては、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、〇〇医科大学病院精神科週4日(延〇時間勤務)等)