様式第３号（第４条関係）

申　　告　　書

１　担当しようとする障害種別（該当するものの□に✔を入れること。）

□視覚障害　□聴覚障害　□平衡機能障害　□音声・言語機能障害　□そしゃく機能障害

□肢体不自由　□心臓機能障害　□じん臓機能障害　□呼吸器機能障害

□ぼうこう又は直腸機能障害 □小腸機能障害 □HIVによる免疫機能障害 □肝臓機能障害

２　認定医・専門医等の資格取得の状況

　(1) 資格取得　　　有　　・　　無　　　（いずれかを○で囲むこと）

　(2) 認定医・専門医等の資格の名称

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

３　学会等への加入の状況

　(1) 学会加入　　　有　　・　　無　　　（いずれかを○で囲むこと）

　(2) 学会名

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

４　上記１の障害種別に係る研究歴又は研修歴

(１) 研究（研修）の名称及び研究（研修）の内容

(２) 研究（研修）の期間

　　　自　　　　　年　　月　　日　～　至　　　　　年　　月　　日

５　上記１の障害種別に係る臨床実績の概要（過去５年以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　間 | 医療機関・診療科名 | 診療内容等及び件数 |
| 年　月～　年　月 |  |  |

上記のとおり相違ありません。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

※記載内容が多いため本様式に書き切れない事項については、「別紙のとおり」と記載し、その内容を別紙に記載して添付しても差し支えありません。