

身体障害者福祉法指定医指定願

〇〇年 〇月 〇日

群馬県知事 あて

医師住所 〇〇市〇〇町〇〇**1-2-3**

医師氏名 〇〇 〇〇

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定願いたいのので、関係書類を添えて申請いたします。

記

1 標榜している診療科名

腎臓内科

「標榜している診療科名」は、様式第1号（記載要領）を参考に記入してください。

2 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・
- 肢体不自由
- 心臓機能障害
- じん臓機能障害
- ぼうこう又は直腸機能障害
- 小腸機能障害
- HIV

要綱の別表（第2条関係）を参考に記入してください。
※診療科により担当できる障害種別が決まっていますので、その中から担当しようとする障害種別を選択してください（ご自身の臨床実績を考慮して選択願います）。

3 添付書類

- ・履歴書（様式第2号）
- ・申告書（様式第3号）
- ・医師免許証の写し
- ・臨床研修修了登録証の写し（平成16年4月以降に初期臨床研修を受けた医師のみ）
- ・耳鼻咽喉科専門医の資格を有する者にあつては、耳鼻咽喉科専門医の認定証の写し

厚生労働省から交付されるものです。臨床研修病院等が発行する「臨床研修修了証」の写し等により代用することはできません。

4 指定通知等の送付先

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇市〇〇町〇〇**4-5-6**

〇〇**クリニック**

聴覚障害を担当しようとする場合は、耳鼻咽喉科専門医の認定証の写しを添付してください。

履 歴 書

| | | |
|--|---|--|
| ふりがな | ***** | 生年月日 |
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 〇〇年 〇月 〇日 |
| 診療に従事する 医療機関 | 所在地 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇4-5-6 | 平成16年4月以降に初期臨床研修（医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修）の対象となった人のみ記入し、それ以外の人は記入しないでください。 |
| | 名称 〇〇クリニック | |
| | 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 | |
| 標榜する診療科名 | 腎臓内科 | |
| 学歴等 | 平成16年 3月 31日 〇〇大学 医学部卒業 平成25年 3月 31日 医学博士 〇〇大学〇〇〇〇〇号 | |
| 医師免許 | 医籍登録： 平成16年 4月 9日 第 〇〇〇〇〇〇号 | |
| 初期臨床研修 | 研修の期間： 平成16年 4月 1日 ～ 平成18年 3月 31日 臨床研修病院等の名称：〇〇 大学附属病院 医籍登録： 平成18年 3月 31日 第 〇〇〇〇〇〇号 | |
| 臨床歴（上記の初期臨床研修の期間を除く。） | | |
| 平成18年 4月 1日 ～ 20年 3月 31日 | 〇〇 大学附属病院 腎臓内科 | |
| 20年 4月 1日 ～ 25年 3月 31日 | 〇〇 病院 第二内科(腎臓内科) | |
| 25年 4月 1日 ～ 現在 | 〇〇 クリニック | |
| 年月日～年月日 | 病院 | 科 |
| 年月日～年月日 | | 科 |
| 年月日～年月日 | | 科 |
| 年月日～年月日 | | 科 |
| 年月日～年月日 | | 科 |
| 年月日～年月日 | | 科 |
| 年月日～年月日 | 病院 | 科 |
| 経験年数： 〇〇年余 | | |

指定を受けるにあたっては、担当しようとする障害種別の医療に関係のある診療科について、臨床研修の終了後5年以上（みなし登録医師にあつては、医籍登録後7年以上）の臨床経験を有することが必要です。

※「初期臨床研修」欄は、平成16年4月以降に初期臨床研修（医師法第16条の2の規定に基づく臨床研修）の対象となった人のみ記入し、それ以外の人は記入しないでください。
 ※「臨床歴」欄には、主たる勤務先（常勤）の医療機関の名称を記入してください。なお、現在、群馬県内の病院で非常勤勤務の場合は、最終行に非常勤勤務の期間、病院名及び診療科を記入してください。
 ※「経験年数」には、初期臨床研修の期間及び臨床に従事しなかった期間は含めないでください。
 ※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。

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

| | |
|-----------|-----------|
| ○○学会○○専門医 | △△学会△△専門医 |
| | |

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

| | |
|-------------------------------|------|
| ○○学会 | △△学会 |
| <input type="checkbox"/> □□学会 | |

該当がある場合は、御記入ください。

外科系の場合は、手術件数などを御記入ください。

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

○○における△△についての検討

- (2) 研究（研修）の期間

自 平成20年 10月 1日 ～ 至 平成25年 3月 31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 | | |
| 平成20年4月～平成25年3月 | ○○病院・第二内科(腎臓内科) | 腎疾患(○○症など)の患者を年間約○○名診療 |
| 平成25年4月～現在 | ○○クリニック | 腎疾患(○○症など)の患者を年間約○○名診療 |

上記のとおり相違ありません。

○○年 ○月 ○日

担当しようとする障害種別（記載例では「じん臓機能障害」）に係る臨床実績を記入してください。

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。

身体障害者福祉法指定医医療機関等変更届

①勤務先医療機関、②医療機関所在地・名称、③氏名
の変更があったときは、本様式により速やかに届け出
てください。

〇〇年 〇月 〇日

指定医氏名 〇〇 〇〇

群馬県知事

あて

下記のとおり医療機関等を変更したので、「身体障害者福祉法第15条の規定による医師の指定に関する要綱」第10条の規定により届けます。

記

| | 変 更 前 | 変 更 後 | 変 更 年 月 日 |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| 診療に従事する 医療機関名 | 〇〇 病院 | △△ クリニック | 〇〇年〇月〇日 |
| 医療機関所在地 | (〒***-****) 〇〇 市〇〇町1-2 | (〒***-****) 〇〇 市〇〇町3-4 | |
| 医療機関電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | △△△-△△△-△△△△ | |
| 氏 名 | | | |

身体障害者福祉法指定医指定辞退届

〇〇年 〇月 〇日

医師氏名 〇〇 〇〇

群馬県知事 あて

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定を受けておりますが、
廃業のため辞退いたしたくお届けします。

記

1 住 所

〇〇市〇〇町〇〇1-1-1

2 標ぼうしている診療科目

内科

- ・ 辞退届を提出されますと、群馬県の指定医としての資格がなくなります。
 - ・ 県外へ転出し、今後、群馬県に戻る予定がない場合（今後、群馬県の指定医として診断書を書くことがない場合）は、辞退届を提出してください。
- ※転出先における指定医の要件及び手続等については、管轄の自治体までお問い合わせください。