

## 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定申請書

年 月 日

(あて先)

埼玉県知事

〒

所在地

医療機関名

TEL

(フリガナ)

申請者氏名

生年月日 年 月 日生 満 歳

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として同意いたしますので、指定を受けたく申請します。

診療科名		(担当しようとする) 障害区分		
医療機関代表者との雇用関係				
代表者	本人	常勤	非常勤 (週 日, 契約年数 年)	
学歴		師事した指導者の所属・職名・氏名		
( 年卒業)		所属・職名	氏名	(フリガナ)
学位	有・無	授与大学名		
		学位論文名		
経歴 (任 免 事 項 等)		研究業績等 (申請の障害区分に関連する主なもの)		
年 月		題名 (発表誌・巻・号・頁)	発表機関	年次
診療実績 (概ね過去 5 年間の申請障害区分に関連する診療内容等実績)				
診療内容等		期間 ( 年 月 ~ 年 月)	件数	
関係学会加入状況				
学会名	_____ (加入年月 年 月)	学会名	_____ (加入年月 年 月)	学会名
上記学会での認定医・専門医等の資格	資格名 _____ 登録等番号 _____ (取得年月 年 月)	資格名 _____ 登録等番号 _____ (取得年月 年 月)	資格名 _____ 登録等番号 _____ (取得年月 年 月)	

注) 医師免許証の写しを添付してください。また、指定申請書記入要領を参照のうえ、楷書にて記載してください。

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

(あて先)

埼玉県知事

〒〇〇〇-〇〇〇〇
所在地 〇〇市〇〇△-△-△
医療機関名 〇〇総合病院
TEL △△△-△△△-△△△△
(フリガナ) サイタマ タロウ
申請者氏名 埼玉 太郎
生年月日 昭和〇〇年 1月 1日生 満〇〇歳

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として同意いたしますので、指定を受けたく申請します。

Form with sections: 診療科名 (〇〇科), 医療機関代表者との雇用関係 (常勤), 学歴 (△△大学), 学位 (有), 経歴 (〇〇科勤務), 研究業績等 (〇〇〇), 診療実績 (〇〇総合病院), 関係学会加入状況 (△△△学会).

空白期間のないよう御記入ください。

外国語表記の場合は日本語訳を追記ください。日本語訳がない場合は、「和訳なし」と御記入ください。

資格がない場合は「なし」と御記入ください。

注) 医師免許証の写しを添付してください。また、指定申請書記入要領を参照のうえ、楷書にて記載してください。