（別紙様式　１）

申　　請　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | ℡（　　　） |
| 開 設 者 | 住　　所 |  |
| 氏名又は  　名称 |  |
| 指定医師として申請する  医師に係る診療科名 | |  |
| 指定医師として申請する  医　師　の　氏　名 | |  |
| 担当しようとする  障害種別 | |  |
| 上記のとおり身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師として指定されたく申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　奈良県知事　　　　　殿  　＊病院・診療所等に勤務する医師用 | | |

記入要領

１　「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記入すること。

２　「担当しようとする障害種別」は、次のうち希望するものを記載すること。

　　なお、当該障害種別に関係ある診療科名は概ね次のとおりとする。

　　ア　視覚障害の医療に関係のある診療科名

　　　　眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科

　　　　「注」眼科以外の診療科にあたっては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。」

　　イ　聴覚障害の医療に関係のある診療科名

　　　　耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科

　　　　「注」耳鼻科以外の診療科にあっては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。」

　　ウ　平衡機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、神経内科、脳神経外科、

リハビリテーション科

　　エ　音声、言語機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、内科、気管食道内科、神

経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科

オ　そしゃく機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　耳鼻咽喉科、小児耳鼻咽喉科、気管食道・耳鼻咽喉科、内科、気管食道内科、神

経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科

　　カ　肢体不自由の医療に関係のある診療科名

　　　　整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ

科、小児科、リハビリテーション科

　　キ　心臓の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児

科、小児外科、リハビリテーション科

　　ク　じん臓の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外

科、泌尿器科、小児泌尿器科

　　ケ　呼吸器の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、

小児科、小児外科、リハビリテーション科

　　コ　ぼうこう又は直腸の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小

児科・小児外科、産婦人科（婦人科）

　　サ　小腸の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科

　　シ　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の医療に関係のある診療科名

内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科

　　　「注」エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。」

　　ス　肝臓の機能障害の医療に関係のある診療科名

　　　　内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科

肝臓外科、小児科、小児外科

（別紙様式　２）

申　　請　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療　機　関  　　　の　名　称 |  |
| 医療機関の所在地 | ℡（　　　　） |
| 医　師　の　氏　名 |  |
| 担当しようとする  障害種別 |  |
|  | |
| 上記のとおり身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師として指定されたく申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　奈良県知事　　　　　殿  　＊個人開業医用 | |

（別紙様式　３）

同　意　書

　　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として、指定を受けることについて同

意し、主として標ぼうする診療科名に関係のある障害に関してのみ身体障害者福祉法によ

る診断書・意見書を交付します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　奈良県知事　　　　　　様

（別紙様式　４）

経　歴　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　　名 |  | | 生年月日 | （　　　）歳 |
| 現　住　所 | ℡（　　　　）　　　― | | | |
| 主な研究  　及び  臨　床　例 |  | | | |
| 年　月　日 | 任 免 事 項 | 師事した指導者の氏名、学位論文名又は  学会に提出した論文名 | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |

　（記入事項）

　１　最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

　２　経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し記載すること。

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. 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し、又は研究等のため利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記載すること。

（例えば、○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し、○○医科大学、○○病院のように省略しないこと。）

1. 勤務先における身分（例えば医長、医員、講師、助手等）を明確に記載する事
2. 非常勤職員については、１ヶ月又は１週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載する事。
3. ２つ以上の施設に勤務する場合は、それぞれの施設における勤務状況等を具体的に記入する事

（例えば、○○医科大学整形外科週４日（延○時間勤務）、○○病院週２日（延○時間勤務）等）

　（６）　大学院については、専門コースを明確に記載する事。

　　　　　（例えば、○○医科大学院研究科整形外科教室）