

身体障害者福祉法に基づく医師の指定申請書

年 月 日

静岡県知事 様

住所
申請者
氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ 氏名		男・女
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)	
現住所		
所属医療機関名 及び所在地	(〒)	(TEL)
診療科目		
指定を希望する 障害区分 (○で囲む)	視覚障害 ・ 聴覚又は平衡機能障害 ・ 肢体不自由 音声機能, 言語機能又はそしゃく機能障害 ・ 心臓機能障害 呼吸器機能障害 ・ 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 ・ 免疫機能障害 ・ 肝臓機能障害	

注：本申請書に、同意書、履歴書(臨床経歴書含む)、医師免許証(写)及び専門医・認定医証(写)を添付してください。

※経歴等不明な点の問い合わせ先(必記入) TEL _____ 担当者 _____

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目	

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されることに同意する。

年 月 日

静岡県知事 様

医療機関名

代表者氏名

印

医師氏名

印

〔 氏名（法人にあつては、その代表者の氏名）
を自署する場合は、押印は不要です。 〕

履 歴 書

(年 月 日現在)

フリガナ 氏 名		生年月日	大 昭 平 年 月 日	
本 籍				
現 住 所				
現勤務医院名		診療科名		
最 終 学 歴		卒業年月	年 月	
医師免許取得年月日	年 月 日	医籍登録番号	第 号	
学位取得年月	年 月			
学位論文名				
臨床経歴	別紙 臨床経歴書のとおり			
そ の 他 の 経 歴	加 入 学 会	加入学会名	加入年月	専門医・認定医取得年月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
			年 月	年 月
の 経 歴	研 究 内 容	発表年月	学会発表の演題又は論文名	学会名又は雑誌名
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

医師免許取得後の臨床経歴書（ 年 月 日現在）

氏名 _____

勤務年月	勤務医療機関名・担当診療科名・身分等(明瞭に記入)	臨床経験年数	申請障害区分の診療経験の有無及び件数
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件
自 年 月 至 年 月		年 か月	有・無 月 件

◎説明 「申請障害区分の診療経験の有無及び件数」の記載

申請障害区分の障害程度等級に該当する程度の患者の診療を何件しているか、月の平均の患者数を記入するものです。

具体的には、身障手帳の交付対象である1-6級となりうる程度の患者（肢体は7級程度も含む）の診療件数（申請障害区分に限定）です（その患者を1か月に何回診療しても1件となります）。件数は正確に統計を取っているわけでもないので、おおよその数字となってもやむを得ません。

身体障害者用の診断書・意見書の作成件数ではありませんし、単に診療した診療件数でもありません。

