様式１

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

　京都市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ふりがな）

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、関係書類を添付し、次のとおり申請します。

１　診療に従事する医療機関の名称及び所在地

　 病院名：

所在地：（〒　　 ‐　　　）

２　診断しようとする医師の診療科目

３　現在の指定医師の指定状況

現在、京都市内の医療機関で指定医師の指定なし

現在、京都市内の医療機関で指定医師の指定あり※1

（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　診断しようとする障害の種別（※1の場合、記入不要）

肢体、視覚、聴覚、平衡機能、音声・言語、そしゃく

心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、免疫、肝臓

５　関係書類（※1の場合、（2）、（3）の提出不要）

(1)　同意書(様式２)及び承諾書(様式３)

　(2)　当該医師の経歴書(様式４)及び別紙「障害に係る診療実績等」

（3） 当該医師の医師免許証の写し(Ａ４版)

※「聴覚」を申請する場合は、原則として日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会（旧日本耳鼻咽喉科学会）の

専門医証等を添付してください。

　　　 ※「免疫」を申請する場合は、原則としてエイズ治療拠点病院での従事経験が必要です。

６　当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号

担 当 部 署：　　　　　 　　　　担当者：

電 話 番 号：　　　　　　　　　　メールアドレス：

様式２

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されることに同意します。

　また、指定された障害種別についてのみ、「身体障害認定基準」(平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)及び「身体障害認定要領」(平成15年1月10日障企発第0110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知)により、診断書・意見書を交付します。

なお、指定医師に指定された場合は、京都市が指定内容を公表（ホームページ上の名簿掲載を含む。）することに同意します。

　　　　 　年　　　月　　　日

住 所

氏 名

京　都　市　長　　様

様式３

承　諾　書

当医療機関の医師　　　　　　　　　が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なることを承諾します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　（医療機関）

所在地

名　称

代表者(職・氏名)

京都市長　様

様式４

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　名 | | | |  | | | 生年月日 | 年　 月 　日 | | 歳  （申請日現在） |
|  | | |
| 現　住　所 | | | | | 〒 | | | | | |
| 医療機関 | | 名　称 | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | 〒 | | | | | |
| 診療科目 | | |  | | | | | |
| 医　籍　登　録　日 | | | | | | 年　　　月　　　日　　第　　　　　　　　号 | | | | |
| 経　歴　・　職　歴 | 自 | | 至 | | | 任免（勧退）事項 | | | 診療科目 | |
| 年 | 月 | 年 | | 月 |
|  |  |  | |  | 大学(院)  　　　 　　 　　学部 卒業 | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |
| 【主たる研究歴と業績】※別紙資料添付による提出も可。 | | | | | | | | | | |

　【注】最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。

別紙（様式４関連）

障害に係る診療実績等

※指定を受けようとする障害の種別ごとに、作成すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害の種別  (該当する障害名に　　チェックしてください) | 肢体不自由　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　心臓機能障害  腎臓機能障害　呼吸器機能障害　ぼうこう・直腸機能障害  小腸機能障害　免疫機能障害　肝臓機能障害 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診　療　実　績　等 | |
| 内　　　容 | 従事年数 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |
|  | 年　　月 |

【記入要領】

　診療実績については、担当する障害種別の経験を具体的に記載すること。

　　　(例)：視覚障害の場合

　　　　　　令和○○年△月□日～令和●●年▲月■日　　２年３月

　　　　　　　〇〇県立Ｋ病院　眼科勤務　白内障手術執刀医として月平均で１０～３０件の症例を手がける。