

様式 5

指定医師障害種別追加申請書

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 項に規定する指定医師の障害の種別を追加したいので、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 新たに診断しようとする医師の診療科目

3 新たに診断しようとする障害の種別

☐ 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

4 関係書類

(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(A 4 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。

5 当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号等

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（勸退）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

令和〇〇年△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。