

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(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。

### 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：