

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：