第１号様式（第２条関係）

身体障害者福祉法指定医の指定申請書

１　医療機関名

２　所　在　地

３　指定を受けようとする科目（最も専門とする科目を記載する。）

４　添付書類添付書類

(１)　医師免許証写し

(２)　同　意　書（別紙１のとおり）

(３)　経　歴　書（別紙２のとおり）

(４)　設備の概要（別紙３のとおり）

上記のとおり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を受けたいので申請します。

　　　　　　年　　月　　日

医師氏名　　　　　　　　印

　　　高知県知事　様

　別紙１

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します。　　　　　　年　　月　　日医療機関開設者氏名又は名称　　　　　　　　印　　医　師　氏　名　　　　　　　　印　　　高知県知事　様 |

　別紙２

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふり　　　　　　　　　　がな氏名 | 印　 | 生年月日 |  |
| 本籍（都道府県名） |  |
| 住所 |  |
| 年月日 | 任　　　　免　　　　事　　　　項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　備考　最終学歴から現在に至るまでを詳細に記載してください。

　　　　（○○病院△△科医員と具体的に記載する。）

　別紙３

設備の概要設備の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品目 | 数量 | 品目 | 数量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　備考　障害の程度を判定するために必要な医療器具等の設備を記載してください。