様式第7号(第4条関係)

年　　月　　日

　　　高知市長　　　　　様

医師の氏名

身体障害者指定医申請書

　　下記のとおり，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してくださるよう申請します。

記

　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こと。）

　４　添　付　書　類

　　(１)　医師免許証の写し

　　(２)　身体障害者指定医同意書

　　(３)　経　歴　書（別紙１）

　　(４)　設備の概要（別紙２）

別紙１

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 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の経歴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こと。）

別紙２

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。

別紙２

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。