第２号様式（第４条関係）

**指　定　申　請　書**

　　　年　　月　　日

越谷市長　宛

医療機関　　名　　称

　　　　　〒

所 在 地

電話番号

（フリガナ）

申請者氏名

生年月日　　　　　　年　　月　　日生　　満　　　歳

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として同意しますので、指定を受けたく申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名 | 　　　　（担当しようとする）障害区分 |
|  |  |
| 医療機関代表者との雇用関係　 |
| 代表者本人 | 常勤 | 非常勤（週　　　日,契約年数　　　　　年） |
| 学歴 | 師事した指導者の所属・職名・氏名 |
| （　　　　　年卒業） | 所属・職名 | 氏名 | (フリガナ) |
|  |
| 学位 | 有・無 | 授与大学名 |  |
| 学位論文名 |  |
| 経歴（任免事項等） | 研究業績等（申請の障害区分に関連する主なもの） |
| 年　月 |  | 題名（発表誌・巻・号・頁） | 発表機関 | 年次 |
|  |  |  |
| 診　療　実　績　（概ね過去５年間の申請障害区分に関連する診療内容等実績） |
| 診　療　内　容　等 | 期間（　　年　　月～　　年　　月） | 件　数 |
|   |  |  |
| 関係学会加入状況 | 学会名　　　　　　　　　　　　　　　　(加入年月　　　 年　 月) | 学会名　　　　　　　　　　　　　　　　(加入年月　　　 年　 月) | 学会名　　　　　　　　　　　　　　(加入年月 　　　年 　月) |
| 上記学会での認定医・専門医等の資格 | 資格名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　登録等番号　　　　　　　　　　　　　　　　(取得年月　 　　年 　月) | 資格名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　登録等番号　　　　　　　　　　　　　　　　(取得年月　 　　年 　月) | 資格名　　　　　　　　　　　　　　　　登録等番号　　　　　　　　　　　　　　　(取得年月　　 　年 　月) |

（注意）医師免許証の写しを添付してください。