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。