

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	授与大学名		
	無	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	学 会 名	学 会 名	学 会 名	
加 入 状 況	( 加 入 年 月 _____ 年 月 )	( 加 入 年 月 _____ 年 月 )	( 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	資 格 名	資 格 名	
	登 録 等 番 号	登 録 等 番 号	登 録 等 番 号	
	( 取 得 年 月 _____ 年 月 )	( 取 得 年 月 _____ 年 月 )	( 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。