第２号様式（第４条関係）　　（　記　入　例　）

指　定　申　請　書

令和○○年　○月　○日

越谷市長　宛

医療機関　名　称　○○総合病院
〒○○○－○○○○
所在地　越谷市○○△－△－△
電話番号　△△△－△△△－△△△△
（フリガナ）　コシガヤ　イチロウ
申請者氏名　越　谷　一　郎
生年月日　昭和○○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
○　○　科	○　○　○

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		
△△大学 （昭和55年卒業）	所属・職名 △△大学○○○科　教授	氏名	（フリガナ）サイタマ　ハナコ 埼玉　花子

学位	有・無		
	有	授与大学名	△△大学
		学位論文名	○○○○○○○○○○○○○○○に関する研究

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
S55.6	△△大学付属病院○○科　勤務	①　◇◇◇◇◇◇◇◇の一例 （◇◇◇30 巻 20 号 100～105）	○○○	S62
S62.3	同　退職			
S62.4	□病院○○科　勤務			
H3.3	同　退職	②　▽▽▽▽の症例について （▽▽▽誌　5 巻 2 号 150～190）	○○○	H12
H3.4～	○○総合病院○○科　勤務			

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
○○総合病院において△△△治療	H19.4～H22.3	○○○件 （期間内合計）
○○総合病院において▼▼▼手術	H22.4～H26.3	○○○件 （年平均）

関係学会加入状況	学会名　△△△学会 （加入年月　平成元年3月）	学会名　同　左 （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　専門医 登録等番号　○○○○○ （取得年月　平成○年○月）	資格名　指導医 登録等番号　○○○○○ （取得年月　令和○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。