様式１－１　　　　　　　　　　　　　　　【例】

身体障害者福祉法第15条第１項による医師指定推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 指定を受けようと  する医師氏名及び  勤務する医療機関名 | 兵庫　太郎  特定医療法人　○○病院 |
| 勤務する医療機関  の住所 | 〒6XX-XXXX  兵庫県○○市××区△△番地 |
| 標ぼうしている  診療科名 | 内科、外科、小児科、神経内科  (従事している病院で標ぼうしている診療科名を記入) |
| 指定を受けようと  する診療科目　及び  診　療　年　月　数 | 内科、神経内科　　　15年9月  (今回指定を受けようとする診療科目と診療年月数を記入) |
| 入会している  医師会の名称 | ○○医師会  (入会されてない場合は空欄で構いません) |
| 推薦理由 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和○○年△△月××日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【例】

様式１－２

同　　　　　意　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な  医　師　氏　名 | ひょうご　たろう  兵庫　太郎 |
| 医療機関名及び  所　　在　　地 | 〒6XX-XXXX  兵庫県○○市××区△△番地  特定医療法人　○○病院 |
| 指定を受けようとする診療科名 | 内科、神経内科  (今回指定を受けようとする診療科目を記入) |
| 診断する  障害の種類 | 視覚　、　聴覚　、　平衡　、　音声・言語　、　そしゃく  　肢体　、　心臓　、　腎臓　、　呼吸器　、　ぼうこう　、直腸  　小腸　、　ヒト免疫不全ウイルスによる免疫　、　肝臓 |
| すでに指定を受けておられ、診断する障害の種類を追加する場合は、新たに追加する診断の種類のみ○をつてください。  　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されることに同意いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和○○年××月△△日  　兵庫県知事　様  　　　　　　　　　　　医療機関開設者　　　　特定医療法人　○○病院  　　　　　　　　　　　又は医療機関の長　　　　　　　兵庫　花子  　　　　　　　　　　　医　　 師 　　名　　　　　　　兵庫　太郎  住 所 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1  電話番号　 （078）　341　－　7711  電子メール　　 ○○@pref.hyogo.lg.jp | |

様式１－３　　　　　　　　　　　　　　　　【例】

指　定　医　師　履　歴　書

（整理番号 № 　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　　師　　氏　　名 | | | 診　療　従　事　場　所 | | | | | 加　入　医　師　会 | | | | | | |
| 兵庫　太郎 | | | 特定医療法人  ○○病院 | | | | | ○○医師会 | | | | | | |
| 指定申請診療科目 | | | 診断する  障害の種類 | | そしゃく | | 肢体 | | 心臓 | |  | |  | |
| 内科、神経内科 | | | 上記障害に関係する  診療従事年月数 | | ７年  月 | | 15年  9月 | | ８年  月 | | 年  月 | | 年  月 | |
|  | 年　月　日 | 研修並びに勤務場所 | | | | 診療科目等 | | | | 身分 | | 担当する障害に関係  する診療従事年月数 | | 備考 |
| 主  必ず障害の種類ごとの従事年数を記載する様式を使用してください。（内訳がなく、合計で書く様式は古いものです。）  な  経  歴 | 平成×年□月～  平成□年△月 | 医療法人社団  ××病院 | | | | 神経内科 | | | | 研修医 | |  | |  |
| 平成□年×月～  平成△年□月 | 医療法人社団  ××病院 | | | | 神経内科 | | | | 医員 | | 7年 | |  |
| 平成○年△月～  現在まで。 | 特定医療法人  ○○病院 | | | | 内科 | | | | 医長 | | 8年9月 | |  |
|  | 前期研修期間は「担当する医療に関係する従事年数」には含めません。 | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | | | | 月数まで記載してください。 | |  | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  | 抗ウイルス薬の投薬等エイズそのものへの治療経験があること。 | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |  |
| 耳鼻咽喉科学会認定の専門医の資格  （ある場合は認定書の写しを添付） | | | | ※聴覚障害申請の場合どちらかに○をつけてください。  　　　　有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| エイズ治療拠点病院での従事経験  （ある場合は病院名も記載） | | | | ※免疫機能障害申請の場合どちらかに○をつけてください。  　有　　・　　無　（病院名　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 医師免許取得　　昭和  　　　　　　　　　　　　　○○年△△月××日　　第□□□□号  平成  　生年月日　　　　昭和　　○○年△△月××日（□□才） | | | | | | | | | | | | | | |

※研修期間については、前期研修期間は「担当する障害に関する従事年数」には含めません。後期研修期間については、「指定を受けようとする診療科」で実際に診療に従事した期間のみ含めることとしますので、記載に際してご留意ください。