

令和2年7月10日

愛知県知事殿

医師住所 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

医師氏名 愛知 太郎

身体障害者福祉法による知事の定める医師指定申請書

下記のとおり身体障害者福祉法第15条の規定による指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

医師	氏名	愛知 太郎	生年月日	昭和40年5月5日生	性別	男
	住所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号				開設許可を受けた正式名称を記載してください。
診療に従事する医療機関名	名称	愛知県庁病院				
	所在地	愛知市二の丸町1丁目1番1号 〒460-8501 (tel 123-456-7890)				
聴覚障害の指定を希望する方は、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医認定証(写し)を添付してください。		1 視覚障害 8 じん臓機能障害 2 聴覚障害 9 呼吸器機能障害 3 平衡機能障害 10 ぼうこう・直腸機能障害 4 音声・言語機能障害 11 小腸機能障害 5 そしゃく機能障害 12 免疫機能障害 6 肢体不自由 13 肝臓機能障害 7 心臓機能障害				
指定を受けたい障害区分						

(記入要領)

- 「診療に従事する医療機関名」は、必ず正式名称を記載すること。
- 「指定を受けたい障害区分」は、希望するもの一つに○を付けること。

様式第 2

履 歴 書					
ふりがな 氏名	あいち たろう 愛知 太郎	生年月日	昭和40年5月5日生	性別	男
住所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号				
医師免許取得 年 月 日	平成1年5月31日	医師歴	31年1月	学位	医学博士
担当する診療科名	耳鼻咽喉科	指定を受けたい障害区分		聴覚障害	
学会加入の状況	学会名 ○○学会 (加入 平成2年9月) ××学会 (加入 平成5年12月)				
年 月 日	学歴・経歴等				
平成1年3月	愛知県庁大学医学部医学科 卒業		学位がない場合は、「無」と記入してください。		
平成1年4月	障害福祉医療センター 耳鼻咽喉科 研修医				
平成3年4月	健康福祉病院 耳鼻咽喉科 医員		担当診療科も必ず記入してください。 また、肢体不自由の指定を希望する場合は、指定の判断材料として、所属における肢体不自由にかかる診療歴を記載してください。		
平成15年1月	愛知県庁病院 耳鼻咽喉科 医長				
論文	△△△△の□□□ 2012. 4. 1				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>その他添付書類: ・医師免許証の写し ・必要に応じて専門医証や関連学会加入証明等 ※指定区分が聴覚障害の場合は、必ず耳鼻咽喉科専門医証の写しが必要です。</p> </div>					

上記のとおり相違ありません。

医師氏名 愛知 太郎

同 意 書

令和2年 7月 10日

愛 知 県 知 事 殿

開設許可を受けた開設者氏名を記載すること。(例えば、医療法人の場合は、法人名称、理事長等の職・氏名を記載すること。)

指定を希望する医師氏名 愛知 太郎

診療に従事する医療機関の開設者氏名 医療法人あいちの会
理事長 福祉 健二

身体障害者福祉法第15条に規定する医師に指定されることを同意します。

診療に従事する 医療機関	名 称	愛知県庁病院
	所 在 地	愛知市二の丸町1丁目1番1号
	標榜診療科	内科、外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科
指定を希望する医師の担当診療科		耳鼻咽喉科