

指定医師障害種別追加申請書

年 月 日

広島県知事様

住所

(ふりがな)

氏名

指定番号

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する指定医師の障害の種別を追加したいので、関係書類を添付し、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

病院名：

所在地：(〒)

2 診断しようとする医師の診療科目

3 診断しようとする障害の種別

☐ 肢体、☐ 視覚、聴覚等 (☐ 聴覚、☐ 平衡機能、☐ 音声・言語、☐ そしゃく)
☐ 心臓、☐ じん臓、☐ 呼吸器、☐ ぼうこう・直腸、☐ 小腸、☐ 免疫、☐ 肝臓

4 指定を必要とする理由

- ☐ 地域(山間・島嶼部等)に当該障害分野の指定医師が少ない。
☐ 身体障害者手帳申請を要する患者の増加に対応するため。
☐ 当該医療機関の既指定医師が退職するため。
(退職指定医名)
☐ その他 ()

5 関係書類

- (1) 当該医師の経歴書(第 2 号様式)
別紙 2 「指定を希望する障害に係る診療実績等」
(2) 当該医師の医師免許証の写し(A4 版)

6 当該申請に係る担当部署、担当者及び電話番号

担 当 部 署： 担 当 者：
電 話 番 号：

【注】：□は、該当箇所にチェックし、() に記載してください