年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

 （申請者）

 所在地

 医療機関名

 代表者氏名

 電話番号

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する

「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師の指定について（申請）

 このことについて、次の者を指定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

１　指定希望歯科医師名

２　添付書類

（１）歯科医業に従事した経歴を明らかにできる履歴書

（２）歯科医師免許の写し

（３）同意書（別紙のとおり）

 （この申請は、医療機関の代表者が行ってください。）

履　歴　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  現　住　所 |  |  |
| 　ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　　　名 |  | （和暦）　　　　年　　月　　日生 |
|  最 終 学 歴 |  　　 大学 学部　 | （和暦）　　　　　　　年　　月卒業 |
|  医 籍 登 録 |  第 　　　　　　 号　 | （和暦）　　　　年　　月　　日登録 |
|  担 当 科 目 |  科　 | 医療経験年数　　　　年　　月　 |
|  科　 | 医療経験年数　　　　年　　月　 |
|  科　 | 医療経験年数　　　　年　　月　 |
| 職 歴　　　　※現在に至るまでの中断することなく、全ての項目を記入してください |
| 勤務期間（和暦） | **勤務先（医療機関名）** | **診療科目等** | 勤務形態 |
|  年 月~　 年 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |
|  年 月~　 年　 月 |  　　 年　 か月間 |  |  | 常勤非常勤 |

 上記のとおり相違ありません。

 　　　　　年　　月　　日

 氏　　名

\* 医師免許の写しを添付してください｡

\* 研修期間（初期研修）は職歴には記載していただきますが、医療経験年数には含めないで下さい。

年　 月　 日

（あて先）岐阜市長 様

医療機関開設者

歯　科　医　師

同　　 意　　 書

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師として指定されることを同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名及び所 在 地 名 |  |
| 担 当 科 目 |  |

* この同意書の同意は、指定を受けようとする医師が行ってください。
* 「担当科目」は、外科、内科等の指定を受けようとする医師の専門科目

（履歴書の担当科目）を記入してください。