令和　　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

　　　　　　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の

　　　　　　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　希望医師名 ：

２　添付書類

（１）医療に従事した経歴を明らかにできる履歴書

（２）医師免許の写し

（３）同意書（別紙のとおり）

（４）耳鼻咽喉科で指定申請する場合は、日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻

咽喉科専門医の資格を証明する書面の写し

　　　　　　※ただし、聴覚障害に係る診断書・意見書を作成せず 平衡機能障害、音声・言

語機能障害、そしゃく機能障害のみで指定申請する場合は上記（４）は不要

 （この申請は、医療機関の長が行い、岐阜市医師会を経由すること。）

|  |  |
| --- | --- |
| 同　意　書　　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　同意します。　令和　　年　　月　　日 |  |
|  |  医療機関所在地 |  |  |
|  医療機関名称 |  |
|  医療機関代表者氏名 |  |
|  電話番号 |  |
|  　ふ　　　り　　　が　　　な 医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ |
|  申請科目 |  |
| （あて先）岐阜市長記 |
|  | 　生年月日 |  年　　　月　　　日生　（　　　歳） |  |
|  本　　籍 |  |
|  現 住 所 |  |
|  医　　籍 |  第　　　　　号　　　　年　　　月　　　日登録 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 推　薦　書 身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として、上記医師を推薦します。　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　 岐阜市医師会長　　　　　　　　　　　 　㊞ （あて先）岐阜市長 |  |

履　歴　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  本籍地 |  |  |
|  現住所 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ 氏　　　名 |  |
|  生 年 月 日 |  　 年　　月　　日生　（満　　歳） |
|  最 終 学 歴 |  大学 学部 年　　月　卒業 |
|  医 籍 登 録 |  第 号 年 月 日登録 |
|  申 請 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　　（略歴）勤務先、担当科目も必ず記入すること |
|   | **研修又は勤務場所** | **診療科目等** | **勤務体系** |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |
|  年 月 ~ 年　 月 年 か月間 |  |  |  |

 上記のとおり相違ありません。

 令和　　年　　月　　日

 氏　　名 　　　　　　㊞

\*医師免許の写しを添付してください｡

**\*勤務体系については常勤、非常勤等とご記載ください｡**