

(様式 1)

記載例

身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の指定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 浜松市長

住 所 浜松市〇区〇〇丁目〇番〇号

申請者

医師氏名 浜 松 一 郎

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ	ハママツ イチロウ		
医師氏名	浜 松 一 郎		
生年月日(年齢)	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)		
医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇病院 電話 〇53-〇〇〇-〇〇〇〇	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 浜松市〇区〇〇町〇〇番地	
診療科目	泌尿器科		
担当を希望する 障害種別 (□にレ印又は■)	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害		
	<input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能障害 <input type="checkbox"/> そしゃく機能障害		
	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> じん臓機能障害		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害		
	<input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害		
	備考		

(備考) 同意書、経歴書、医師免許証(写)及び専門医・認定医証(写)を添付してください。

(注意) 2 以上の障害種別を申請する場合は、障害種別ごとに作成してください。

※ 申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は事務担当者名 静岡花子 電話 〇53-〇〇〇-〇〇〇〇

(様式2)

記載例

同 意 書

医 师 氏 名		浜 松 一 郎
医 療 機 関	名 称	医療法人○○会 ○○病院
	所 在 地	浜松市○区○○町○○番地
診 療 科 目		泌尿器科
担 当 障 害 種 別		じん臓機能障害
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		
(あて先) 浜松市長		
医療機関開設者 医療法人○○会 ○○病院 理事長 遠 州 太 郎		
医 师 氏 名 浜 松 一 郎		

(様式3)

経歴書

記載例

1 履歴

フリガナ	ハママツ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
医師氏名	浜松一郎		
現住所	浜松市〇区〇〇丁目〇番〇号		
最終学歴	〇〇医科大学医学部大学院	卒業年月	昭和〇〇年3月
医師免許	昭和〇〇年 4月〇〇日 取得 (第 〇〇〇〇〇〇 号)		
学位	昭和〇〇年 3月〇〇日 取得 (医学博士) 博士 (医学)		
現所属医院名	医療法人〇〇会 〇〇病院	診療科名	泌尿器科
現役役職名	医長	就任年月日	平成〇〇年〇月〇日
その他の履歴	(1) 加入学会		
	加入学会名 (専門医・認定医)	加入年月日	専門医・認定医取得日
	日本内科学会 (認定医)	昭和〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
	日本透析医学会 (専門医)	昭和〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
	日本泌尿器科学会 (専門医)	昭和〇〇年〇月〇〇日	平成〇〇年〇月〇〇日
	日本腎臓学会	昭和〇〇年〇月〇〇日	年 月 日
	国際腎臓学会	平成〇〇年〇月〇〇日	年 月 日
学位論文	(2) 研究内容		
	発表年月日	学会発表の演題又は論文名	学会名又は雑誌名
	平成13年1月17日	腎機能の・・・・・・分析	日本透析医学会
	平成〇〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
	平成〇〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
	平成〇〇年〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇

※ 学会等で発表した論文名については、担当障害種別に関係する論文のみ記入してください。

2 経歴

(注 1) 勤務医療機関名・担当診療科名・身分等について、医師免許の取得から現在に至るまで、正確に記入してください。

(注2)担当しようとする障害種別に関係のある医療経験年数を必ず記入してください。

(注 3) 研修期間中にいくつかの診療科目を経験している場合は、期間も含めてそれぞれ記入してください。(研修期間であることがわかるように明記してください。)。

3 慢性透析療法の経験

従事期間	勤務医療機関名・臨床経験年数・実績件数
自 S 〇〇年〇〇月	〇〇病院
至 H 〇年〇月	9年 0か月・450件
自 H 〇年〇月	〇〇医科大学医学部附属病院
至 R 〇年〇〇月	5年 3か月・280件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件
自 年 月	
至 年 月	年 か月・ 件

(注) じん臓機能障害の指定を希望される医師のみ記入してください。

4 ヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経験

従事期間	勤務医療機関名・臨床経験年数
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月
自 年 月	
至 年 月	年 か月

(注) 免疫機能障害の指定を希望される医師のみ記入してください。

5 指定医師としての経験

有・ 都道府県市名 (**〇〇県 〇〇市**)
 指定障害種別 (**じん臓機能障害**)
 指定期間 (**昭和〇〇年〇月 ~ 平成〇〇年〇月**)

無

指定医師の手続きについて

身体障害者福祉法第15条第1項に規定される指定医師は、身体に障害のある者に対し、障害程度等級決定の根拠となる身体障害者診断書・意見書を作成する医師です。

この指定医師の指定は、浜松市社会福祉審議会の意見を聴いた上で行います。指定を希望する医師は、次の申請書等に記載の上、必要な書類を添付し提出してください。また、指定を受けた後、医療機関の異動や辞退など指定事項に変更が生じたときは、速やかに手続きをしてください。

1 手続き及び関係書類（様式）

事項	手続きの内容等	様式等
指定申請（新規）	新たに指定を受けたいとき 県外の医療機関から転入したとき 他の障害種別を追加したいとき ※ 指定内容は公表されます。	指定申請書（様式1） 同意書（様式2） 経歴書（様式3） 医師免許（写） 専門医等である旨の証明（写） 指定書（様式4） ※申請は障害種別ごとに提出
医療機関の変更 (市内異動)	浜松市内の医療機関への異動	指定医師変更届（様式6）
医療機関の変更 (県内転出)	浜松市から県内の医療機関へ異動（転出）	届出必要なし。ただし転出先の役場へ提出する。なお、役場から変更届（写）を受理する。
医療機関の変更 (県外転出)	静岡県外の医療機関へ異動（転出）	指定医師辞退届（様式5）
医療機関の変更 (県内転入)	県内から浜松市の医療機関へ異動（転入）	指定医師変更届（様式6） ※交付されている指定書（写）
医療機関の変更 (県外転入)	静岡県外の医療機関から異動（転入）	※新規指定と同様
死亡	届出者は医療機関の管理者又は親族等	指定医師辞退届（様式5）
辞退するとき (施行令3条2項)	退職、廃業、引退、新規開業により辞退、 一部の障害種別を辞退するときなど 原則、60日間の予告期間を設ける	指定医師辞退届（様式5）
障害種別の追加	指定障害種別以外の指定を受けたいとき ※原則1障害種別であるので指定は慎重に	※新規指定と同様
指定内容の変更	婚姻等による医師の氏名変更、医療機関の 名称変更	指定医師変更届（様式6）

※各種様式は、市公式ホームページからダウンロード可能です。

2 提出先または問い合わせ先

浜松市障害者更生相談所 TEL: 053-457-2707 FAX: 053-457-2645

〒430-0929 浜松市中央区中央一丁目12番1号 静岡県浜松総合庁舎4階

15条医師指定申請書等の記入上の注意事項

指定申請書（様式1）

- 1 申請は、医師本人が行ってください。
- 2 「医療機関の名称」は、正式名称を記載してください。
- 3 「診療科目」は、主として標榜する診療科名1つを記入してください。
- 4 「担当を希望する障害種別」は、原則として1人1障害種別ですが、関連性のあるものなど複数の障害の指定が認められる場合がありますので、あらかじめお問合せください。
なお、2以上の障害種別を申請する場合には、その障害種別ごとに作成してください。
- 5 「備考」は、留意事項等がある場合に、その旨を記入してください。
- 6 医師免許証及び専門医・認定医である旨の証明書の写しを添付してください。
- 7 「申請内容のお問合せ先」は、経歴書の内容等についてお問合せする場合がありますので、お答えできる方のお名前・連絡先を記入してください。
- 8 指定された場合は、「氏名」、「障害種別」及び「医療機関の名称・所在地」について、市公式ホームページ等で公表しますので、あらかじめご承知おきください。
- 9 申請書等に添付する証明書等の資料は、すべてA4サイズとしてください。

同意書（様式2）

- 1 各記載事項は、指定申請書に準じて記載してください。
- 2 医療機関開設者の同意を得てください。

経歴書（様式3）

はじめに、「1履歴」は、医師の身元・身分、学歴及び研究業績等を確認するものです。
「2経歴」以降は、具体的にどのような医療に従事され、また担当する障害の医療に直接関係のある医療にどの程度携わって来られたのか確認するためのものです。

【1 履歴】

- 1 「医師免許」は、取得日と医籍登録番号を記載し、医師免許証の写しを添付してください。
- 2 「学位」を取得されていない場合は、「なし」と記載してください。
- 3 「診療科名」は、主として標榜する診療科名1つを記入してください。
- 4 「現役役職名」及び「就任年月日」は、現在の役職とその職に就いた日を記入してください。
- 5 「(1)加入学会」は、担当する障害種別に関係のあるものを記入し、学会等で専門医等に認定されている場合は、その取得日を記入するとともに証明書の写しを添付してください。
なお、指定の審査においては、専門医等の取得が重要なファクターとなります。
- 6 「(2)研究内容」は、担当する障害種別に関係があるので、学会等で発表した論文のみを記載してください。

【2 経歴】

- 1 経歴は、医師免許を取得された月から記入してください。
- 2 大学院の場合には、専門コースまで詳細に記入してください。
- 3 内科、外科、小児科、産婦人科の場合は、専門分野まで記載してください。
なお、指定を受ける医師は、担当しようとする障害の医療に関係のある診療科で、5年以上専ら従事している者でなければなりません。

- 4 研修期間中に、いくつかの診療科目を経験している場合は、期間も含めてそれぞれ記入してください。(研修期間であることがわかるように明記してください。)
- 5 「身分等」は、例えば、医長・医員・講師・助手等を明記してください。
- 6 その他指定のために参考となる研究業績等がありましたら、別紙として添付してください。
- 7 最後は、「現在に至る」と記入してください。

【3 慢性透析療法の経験】

じん臓機能障害の指定を希望される医師は、透析に関する医療の従事実績を記入してください。

【4 ヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経験】

免疫機能障害の指定を希望される医師は、HIV診療の従事実績を記入してください。

【5 指定医師としての経験】

他都市で指定医としての経験がある場合には、その内容を記入してください。

指定書（様式4）

浜松市長から交付される「身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定書」の様式です。

この指定書は、再発行できませんので、大切に保管してください。

辞退届（様式5）

- 1 「届出者」は、死亡による辞退を除き、指定医師となります。
- 2 死亡による辞退の場合は、診療に従事していた医療機関の管理者又は親族等が届出をしてください。
- 3 法令により、死亡を除き、60日の予告期間を設けて、その指定を辞退することができるときとされています。「辞退年月日」には、原則として予定日を記入してください。
なお、辞退年月日から指定医としての診断書の作成ができなくなりますのでご留意ください。
- 4 「届出内容のお問合せ先」は、届出内容等についてお問合せする場合がありますので、お答えできる方のお名前・連絡先を記入してください。

変更届（様式6）

- 1 次に掲げる内容に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。
 - ①浜松市内の医療機関に異動するとき
 - ②静岡県内の医療機関に異動するとき
 - ③医師の氏名又は医療機関の名称を変更するとき
なお、②の場合は、既に交付を受けている指定医の指定書（写）を添付してください。
- 2 「届出内容のお問合せ先」は、変更内容等についてお問合せする場合がありますので、お答えできる方のお名前・連絡先を記入してください。
- 3 変更後の医療機関で診断書を作成できるのは、変更届が受理された時点から有効となります。