

記入例

様式第 1

令和7 年 4 月 1 日

(あて先) 一宮市長

医師住所 一宮市本町2丁目5番6号

医師氏名 一宮 太郎

身体障害者福祉法による市長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	一宮 太郎	生年月日	S45 年 5 月 5 日生	性別	男
	住所	一宮市本町2丁目5番6号				
診療に従事する 医療機関名		名 称	一宮病院			
		所在地	一宮市東五城字備前12番地 (TEL 0586-28-9017)			
複数指定を受けたい項目に○をつけてください。 指定を受けたい障害区分		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				

(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	一宮 太郎	生年月日	S45年 5 月 5 日生		性別	男
住所	一宮市本町2丁目5番6号					
医師免許取得 年 月 日	H5 年 5 月 31 日	医師歴	31 年 7 月		学位	医学 博士
担当する診療科名	腎臓内 科	指定を受けたい障害区分			①肢体不自由 ②音声・言語機能障害 ③じん臓機能障害	
学会加入の状況	学会名 ① ○○学会 (加入 ① 平成6 年 9 月) ② ××学会 ② 平成8 年 12 月)					
年 月 日	学歴・経歴等					
平成5年3月	一宮大学医学部医学科 卒業					
平成5年4月	一宮病院 内科 研修医					
平成7年4月	障害福祉病院 内科 医員					
平成19年1月	障害福祉医療センター 内科 医長					
平成29年4月～	一宮病院 腎臓内科 部長 急性腎不全透析療法導入：200名/年 慢性腎不全透析療法導入：300名/年					
	担当診療科も必ず記入してください。					
論文	△△△の□□□□ 2013. 4. 1					
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。						

上記のとおり相違ありません。

医師氏名 一宮 太郎

様式第2-2

複数指定希望理由書			
指定を受けたい 診断障害区分	①肢体不自由 (年 月 日指定) ②音声・言語機能障害 ③じん臓機能障害	担当する 診療科名	腎臓内科
〔複数指定希望理由〕			
以下、具体的記述・・・・・・・・		既に指定を受けた診断障害区分がある場合は、その指定年月日を記載してください。 例：①肢体不自由 （平成15年4月1日付け指定）	
それぞれ指定を受けたい障害区分の分野で、どのような専門性を有し、その分野に精通しているのか具体的に記述してください。 また指定の判断材料になりますので、指定を希望する区分に関する診療実績の記載や、専門医証等ありましたら写しを提出してください。 【例】 診療実績： H20.4～H28.3 ○○病院にて 肢体不自由に関する診療 50件/年 程度			

(記入要領)

- 1 「指定を受けたい診断障害区分①」は、既に指定を受けたものを記載すること。
- 2 「複数指定希望理由」は、希望する診断障害区分に関する専門性について具体的に記載すること。

一宮市身体障害者福祉法施行細則3条（1）

同 意 書

令和7 年 4 月 1 日

（あて先） 一宮市長

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 一宮 太郎

診療に従事する医療機関の開設者氏名 医療法人いちのみやの会
理事長 福祉 花子

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	一宮病院	
	所 在 地	一宮市東五城字備前12番地	
	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	