

記入例

様式第 1

令和7 年 5 月 10 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				開設許可を受けた 正式名称を記載し てください。
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)			
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	耳鼻咽喉科	指定を受けたい障害区分			聴覚障害 ↑	
学会加入の状況	学会名 ○○学会 (加入 平成6 年 9 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	障害福祉医療センター 耳鼻咽喉科 研修医					
平成7年4月	障害福祉病院 耳鼻咽喉科 医員					
平成19年1月	一宮病院 耳鼻咽喉科 医長					
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

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	