様式第4の2（第4条の2関係）

指　　定　　医　　師　　申　　請　　書

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　殿

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の（生年月日） | （　　　年　　月　　日生） |
| 診療機関の名称及び所在地 |  |
| 指定を受けようとする診療科目 |  |
| 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する。令和　　年　　月　　日医療機関開設者　　　　　　　　　　　　　　　　印　医　　　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |

添付書類

１　履歴書

２　医師免許書の写し

３　経歴書

４　同意書

**履　歴　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏名 | 印 | 生年月日 | 大正昭和平成 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 現住所 | 〒　　‐　　　 |
| 本籍地 |  | 連絡先 | 電話市外局番（　　　　）　　　－ |
| 学　　歴（高等学校卒業から記入のこと） | 免　許　・　資　格 |
| 年　月　日 | 学校名、学部学科名及び入学・卒業・終了の別 | 年　月　日 | 事　　　項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 研　究　歴　・　職　歴　　　　　　　　（担当科名まで必ず記入すること） |
| 自 | 至 | 事　　　　　　　　　　　　　　　項 | 担当科名 |
| 年　月　日 | 年　月　日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※研修期間中も科名を記入すること。また、研修期間中において複数の科に所属した場合は、それぞれの年数（月数）を明確に記入すること。

　特に、指定を受けようとする診療科においては、研修期間中の科名と年数（月数）を必ず記入すること。

**経　歴　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | 氏　　名 | 印 |
| 現住所 |  |
| 関係学会加入状況 |  |
| 認定医の有無 | 　　有 | 認定医の項目（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　無 |  |
| 師事した指導者の氏名 |  |
| 学位論文名その他主な論文名 |  |

**同　意　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名及び所在地 |  |
| 標榜している診療科目 |  |
| 担当している診療科目 |  |

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する。

令和　　　年　　　月　　　日

医　療　機　関　開　設　者

印

指定を受けようとする医師名

印