

記入例(病院) 新規・変更

様式第21号(第12条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療) **指定(変更)** 指定更新 申請書
(病院又は診療所)

・希望しない医療に二重線で消去してください。チェックがない場合は「育成・更生」の両方の申請になります。
・新規申請の場合は「変更」を二重線で消去して下さい。

保険医療機関	名称	〇〇〇〇病院		
	所在地	(〒□□□-□□□□) 〇〇市 △△△△ □丁目□□ (電話番号□□□□-□□-□□□□)		
開設者	住所	(〒□□□-□□□□) 〇〇市 △△△△ □丁目□□		
	氏名又は名称	〇〇法人△△△△会 理事長 福岡 一郎		
標榜している診療科目		整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科		
担当しようとする医療の種類		整形外科に関する医療		
主として担当する医師又は歯科医師の氏名		春日 太郎		
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		(別紙1)	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	(別紙2) 更新の場合 変更の有無 有 ・ 無
自立支援医療を行うための入院設備の定員		変更の場合のみ、理由を記載してください。		80 人
変更申請理由				

医療機関コードを記入してください。

医療機関コード〇〇〇〇〇〇

診療科目が多数ある医療機関については、担当しようとする医療の種類に関する診療科目のみ記載してください。

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)〔**第59条第1項の規定による** ・ 第60条第1項の規定に基づき〕指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として〔**指定(変更)** ・ 指定を更新〕されたく申請する。

令和〇〇年 〇月 □日

開設者
住所 〇〇市△△△△ □丁目□□
氏名又は名称 〇〇法人△△△△会
(記名押印又は署名) **理事長 福岡 一郎**

福岡県知事 殿

・開設者(個人、法人代表者)による署名の場合、押印は不要です。
・法人(記名)の場合は、理事長印や院長印などの代表者印を押印してください。(代表個人の私印は不可です。)

- ※1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定(変更又は指定更新)を成医療・更生医療)のうち、指定(変更又は指定更新)を希望しないこと。
- ※2 指定更新申請の場合は、別紙1～9の提出は不要であること。ただし、「自立支援医療を行うために必要な体制及び整備の概要」に(変更届出を含む)から変更があった場合は、別紙2を添付すること。
- ※ 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

押印は不要です。

経歴書(病院又は診療所用)

学 位	有 (博士)	ふりがな 氏 名	ふくおか いちろう 福岡 一郎	生年月日	S〇〇年〇月〇日
現 住 所	〒△△△-〇〇〇〇 □□□市〇〇町△△				
関係学会 加入状況	<p style="text-align: center;">加入しているものについては 全て記載してください。</p>				
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			
S〇年〇月	〇〇大学病院医学部卒業	<p style="text-align: center;">申請までの経歴をすべて記 載してください。 年月まで記載してください。</p>			
H〇年〇月	医師免許取得				
H〇年〇月	〇〇大学病院(〇〇科) 整形外科医員				
H〇年〇月	〇〇病院(〇〇科) 整形外科医局長				
R〇年〇月	〇〇医院 医院長				

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
<p>設 備 (主要なもの)</p>	<p>MRI (磁気共鳴断層 撮影装置) 一般X線撮影装置 X線CT装置 血液造影撮影装置 骨密度測定装置 . . 手術室 リハビリテーション室</p>	<p>1 1 1 1 2 1 1 5</p>		
<p>体 制</p>	<p>医師 ○名 看護師 ○○名 理学療法士 ○名 作業療法士 ○名 言語聴覚士 ○名 介護福祉士 ○名 検査技師 ○名 その他事項</p>			

申請する医療に関する設備
を全て記載してください。

研究内容に関する証明書

医療機関名 **医療法人〇〇〇 〇〇〇〇病院**
氏 名 **福岡 一郎**

押印は不要です。

1 研究テーマ

〇〇〇〇の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 **平成** 〇年 **1**月 **1**日

6月間(1週 **6**日 **44**時間)

至 **平成** 〇年 **6**月**30**日

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 **平成** 〇年 **7**月 **1**日

11月間(1週 **6**日 **44**時間)

至 **平成** 〇年 **5**月**31**日

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 **〇〇〇〇の組織学的研究**

副論文 **△△△の1治療例**

〇〇〇〇の1治療例

□□□術の経過的観察

・

・

上記のとおり相違ないことを証明する。

〇〇年 〇月 〇日

* 原則として「主任教授」による証明としてください。

* 自己申告や、所属病院長による証明は適当ではありません。

大 学 名 **△△大学医学部教授**

氏 名 **〇〇〇 〇〇**

(記名押印又は署名)

自筆による署名の場合、
押印は不要です。