様式第１号（第３条関係）

指　定　申　請　書

年　　月　　日

さいたま市長　　様

〒 □□□－□□□□
所在地
医療機関名
電話番号
（フリガナ）
氏　　名
生年月日　　年　　月　　日生(満　　歳)

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として同意いたしますので、指定していただきたく申請します。

診療科名	（担当しようとする）障害区分

医療機関代表者との雇用関係		
代表者本人	常　勤	非常勤（週　　日，契約年数　　年）

学歴	障害区分に関する師事した指導者の所属・職名・氏名		
（　　年卒業）	所属・職名	氏名	フリガナ

学位	有・無	授与大学名	
		学位論文名	

経歴（任免事項等）		研究業績（申請の障害区分に関連する主なもの）		
年　月		題名（発表誌・巻・号・頁）	発表機関	年次

関係学会加入状況			
認定医・専門医等の資格	年　月　日　医	年　月　日　医	年　月　日　医
	年　月　日　医	年　月　日　医	年　月　日　医

診療設備備え付けの検査器具に○を付けてください		
	視　覚	視力表照明装置 ・ 単一指標 ・ 検眼レンズセット ・ ゴールドマン視野計及び自動視野計（これに準ずる視野計 ） ・レフラクトメーター ・ オフサルモメーター 又は ケラトマーター ・細隙灯顕微鏡 ・ 眼圧計 （シエッツ氏又はアプラネーショントノメーター） ・ 電気検眼鏡（直像鏡）
	聴　覚	オージオメーター（ゴニオメーター）
	肢体不自由	レントゲン装置 ・ 各種測定器具 （ 握力計 ・ 角度計 ）
	ぼうこう又は直腸	膀胱鏡 ・ シストメトリー
	小　腸	レントゲン装置

※下記についても御記載ください。

①他都道府県等で指定を受けていたことがありますか。　有・無

②有の場合、指定状況についてご記入ください。　自治体名＿＿＿＿　障害区分＿＿＿＿

指定日　　年　　月

記載上の注意事項

1　医師免許状の写しを添付してください。
2　黒のボールペン又は黒インクで記載してください。
3　診療科名は医療法に規定する診療科名を記載してください。
4　経歴欄には、指定の障害区分に関する業績がわかるよう具体的かつ詳細に記載してください。（教室、担当科、役職等）
5　研究業績は５つ以内とすること。なお、発表誌、巻、号、頁については、必要なものについてのみ記載してください。発表機関については、学会、医療機関等を記載してください。
6　関係学会加入状況欄は、今回申請の障害区分に関する主な加入学会を３つ以内で記載してください。