

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。

余白に医療機関コードを記入してください。

保険医療機関	名称	〇〇〇〇病院			医療機関コード〇〇〇〇〇〇〇
	所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市 △△△△ □丁目□□ (電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
開設者	住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 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					
<p>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。</p> <p>令和〇〇年 〇月 □日</p> <p>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</p> <p>福岡県知事 殿</p>					



※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)を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定(変更又は指定更新)を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

※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設備の概要」(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。

法人の場合は、法人の代表者印を押印してください。(個人の私印は不可)

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 (印)	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	<div style="border: 1px dotted black; border-radius: 50%; padding: 10px; 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。             </div>				
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	<div style="border: 1px dotted black; border-radius: 50%; padding: 10px; 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。             </div>			
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
設 備 (主要なもの)	MRI (磁気共鳴断層 撮影装置)	1		
	一般X線撮影装置	1		
	X線CT装置	1		
	血液造影撮影装置	2		
	骨密度測定装置	1		
	・			
	・			
	手術室	1		
	リハビリテーション室	5		
	<p>申請する医療に関する設備を 全て記載してください。</p>			
体 制	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・・・			

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**

印

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

印