**身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定基準**

**（熊本県社会福祉審議会決定事項）**

　大学医学部又はこれと同等程度の機関（※）において、専門的な臨床研修歴が少なくとも満５年以上を経ていること。

なお、新医師臨床研修制度の期間については、前期は専門的な臨床研修歴に含めないが、後期は同研修歴に含めることとする。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、上記基準を満たさない場合でも臨床経験及び業績等経歴を総合的に勘案し、指定することができる。

（１）指定を受けようとする診療科に関連する学会の認定医又は専門医に認定されている者

（２）指導者等から身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師（以下「指定医師」という。）としての能力を有するとして推薦を受けた者

（３）所属する医療機関所在地に指定医師が不足している等地域差を考慮する必要がある者

　　（※） 同等程度の機関とは、大学院、医師法第１６条の２第１項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの診療科の関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等をいう。

**【提出書類】**

１　申出書

２　経歴書

３　同意書

４　医師免許証の写し

５　学会の認定医又は専門医の認定証の写し（学会の認定医又は専門医の認定を受けている場合に限る。）

　　　 ６　その他知事が必要と認める書類（推薦書）

※　昭和６０年度第４回熊本県地方社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会におけるその他の諮問事項に係る答申（昭和６１年３月２６日）

※　平成１８年度第３回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における諮問事項に係る答申（平成１８年１２月１４日）

※　平成２１年度第１回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決

（平成２１年５月２５日）

※　平成２４年度第３回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決

（平成２４年９月２４日）

* 平成２５年度第２回熊本県社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会における議決

（平成２５年７月３１日）

（申出書様式）

平成　　年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　　　　　様

申出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する

医師の指定について（申出）

このことについて、関係書類を添えて、下記のとおり申し出ます。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の所在地

（電話番号）

３　指定を受ける診療科目

４　指定を受ける医師の氏名

５　担当しようとする障害区分（○を記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 視　　覚 | 聴　　覚 | 平　　衡 | 音声・言語 | そしゃく | 肢体不自由 | 心　　臓 | じ ん 臓 | 呼 吸 器 | 直腸・ぼうこう | 小　　腸 | 免　　疫 | 肝　　臓 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　この書類は、所在地を管轄する県・市福祉事務所へ提出してください。

※　「５　担当しようとする障害区分」は、別表の「指定診療科目に対応する身体障害者診断書・意見書を作成できる障害区分一覧表」の「障害区分」欄の○のついた障害のうち、作成いただける障害区分を記入してください。（複数選択可）

経　　　歴　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　　　　名 | ㊞　（生年月日　　　　年　　月　　日） |
| 本　　　　　籍  （都道府県名） | 都　道　府　県 |
| 現　　住　　所 |  |
| 所　　　　　属  学　　会　　名  （認定医又は  専門医の取得  状況） |  |
|  |
| 学　　　　　位 |  |
| 年　　月　　日 | 経　　　　　　　　　歴 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年　　月　　日 | 経　　　　　　　　　歴 |  |
|  |  |
|  |  |

（注）　「経歴」欄には、勤務先における身分（たとえば医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。なお、師事した指導者の氏名、学位論文名等も併せて記入のこと。

同　　　意　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医師氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |
|  |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 指定を受ける診療科目 |  |
| 担当しようとする障害区分 |  |
| 担当しようとする障害区分（〇を記入してください）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 視　　覚 | 聴　　覚 | 平　　衡 | 音声・言語 | そしゃく | 肢体不自由 | 心　　臓 | じ ん 臓 | 呼 吸 器 | 直腸・ぼうこう | 小　　腸 | 免　　疫 | 肝　　臓 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
| 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。  　　平成　　年　　月　　日  医療機関開設者 ㊞  医　　　　　師 ㊞ | |  |

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定に関する推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦を受ける  医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 推薦する診療科名 |  |

上記医師を身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として推薦します。

医療機関名

　　推　薦　者　　　職　　　名

　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由 |  |
|  | |

注１）指定基準（２）の規定により指定を申し出る場合、本推薦書を添付してください。

注２）推薦者である「指導者等」とは、推薦を受ける医師の大学等での指導者、過去又は現在の上司（医療機関の長等）、所属医師会の長等をいいます。

注３）「推薦理由」については、熊本県社会福祉審議会における審査の参考となりますので、指定を受けようとする診療科名に関連する臨床経験等について記載をお願いします。特に、障害の原因となる疾患・外傷名及びその症例数（期間を明記）又は研究論文等について具体的に記載してください。