

同 意 書

(フリガナ) 医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目 (担当障害分野)	
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 又は 病 院 長 _____ 医 師 (※2) _____	

※1 医師免許の写しを添付してください。認定医にあっては、認定証も写しを添付してください。

※2 医師欄には、指定を受けられる医師の自筆による署名をお願いします。

(指定医師同意書 別紙)

経 歴 書

フリガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
現 住 所			
関係学会 加入状況			
大学卒業	年 月 日	大学 医学部 卒業	
年月日	任 免 事 項	診療科目：職名	主な診療領域（障害区分）
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
			視覚 聴覚 平衡 音声・言語 そしゃく 肢体 心臓 じん臓 呼吸器 ぼうこう 小腸 免疫 肝臓
担当する障害領域と関係ある学位論文又は学会に提出した論文名			
担当する障害領域と関係ある現在行っている研究・診療の具体的内容（関連書類があれば添付）			

記入に当たって

1. 任免事項欄で記入欄が不足をするときは、別紙に記入してください。
2. 主な診療領域欄には、各病（医）院等において診療時に携わった障害領域に○を付けてください。○の数は、複数であっても差し支えありません。

