

記 入 例

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書

希望しない医療
を二重線で消去

（病院又は診療）【記入要領】をよくお読みください

保険医療 機関	名 称	医療法人〇〇 〇〇病院 正式名称		
	所 在 地	神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 正式な表記		
開 設 者	住 所	神戸市中央区加納町六丁目5番1号 開設者が法人の場合は、法人住所、法人名称、代表者の生年月日・役職名 個人の場合は、個人住所・氏名・生年月日・職名を。		
	名称又は氏名	医療法人〇〇		
	生年月日	昭和〇〇. 〇. 〇	職 名	
標榜している診療科目 <small>（担当する医療の種類に関係があるものに限る）</small>		内科、腎臓内科		
担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療 記入要領 2 にある(1)~(15) 医療の種類毎に申請が必要		
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 必要な設備及び体制の概要	[別紙2]
自立支援医療を行うための 入院設備の定員		20 人		
<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第123号）第59条第1項の規定による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)されたく申請する。</p> <p>また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第17号を除く）のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p style="text-align: center;">申請日 令和3年 5月 1日</p>				
開設者の情報は統一してください。 開設者が法人の場合は、法人住所、法人名称、代表者の役職・氏名。 個人の場合は、個人の住所・氏名。		開 設 者	住 所	神戸市中央区加納町六丁目5番1号
		名称及び氏名	医療法人〇〇 理事長 神戸 太郎	
神戸市長 あて				

※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、様式中の「(育成医療・更生医療)」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。

記入例

経歴書

専門科目に関する学位の有無

学位	有	(フリガナ) 氏名	(コウベ ハナコ) 神戸 花子	生年月日	昭和〇〇. 〇. 〇
現住所	神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号				
関係学会 加入状況	〇〇学会、〇〇学会				
年月	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3月	〇〇大学〇〇学部 卒業	指導者：〇〇 〇〇教授			
S〇年〇月〇日	医師免許取得	【記入要領】をよくお読みください			
S〇年〇月	〇〇大学附属病院 心臓血管外科 研修医				
H〇年〇月	〇〇大学大学院医学研究科 〇〇学教室	指導者：〇〇 〇〇教授 「変形性膝関節症の組織学的研究」			
H〇年〇月	〇〇病院 (△△県) 内科 (腎臓内科) 医員	論文名などは 必ず日本語で書 いてください。			
H〇年〇月～ H〇年〇月	〇〇大学附属病院〇〇科 〇〇部長 週2日 (延べ〇時間勤務)				
R〇年〇月	〇〇病院〇〇科 非常勤講師 週4日 (延べ〇時間勤務)	指定要領第2の(2)にある規定(申請する医療の種類)の専門科目につき適切な医療機関における研究等が医籍登録後通算して5年以上)に該当しているかわかるように記載してください			
	医療法人〇〇 〇〇病院 腎臓内科 部長 現在に至る				
医師免許の写しを添付してください。					

※医師免許の写し (A4 版) を添付すること

記 入 例

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

区 分	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)	例) 腎臓		例) 心臓	
	多人数用透析液供給装置 AAA-01	1	心血管連続撮影装置 ABCX	1
	個人用透析液供給装置 AA-1000	3	心臓カテーテル用検査装置 ABC-1234	1
	透析用監視装置 AAA-10	3	血管形成術用カテーテル AA-103	1
	RO装置 AA1000		インジェクター □□□□	1
	A剤溶解装置 BBB-1	1	心電図記録解析装置 □□□□	1
・ ・ ・	・ ・ ・		・ ・ ・	・ ・ ・
体 制	<p>常勤医師 ○人、看護師 ○人 臨床工学技師 ○人 当直の医師 ○人 緊急時 オンコール体制 診療時間：月～金 9:00～17:00 受付 救急診療：17:00～翌9:00 土日祝</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> スタッフ体制と診療時間および特に必要とされるものを記入。(担当する医療毎) </div> <p>本病院は、○つの診療科を持つ総合病院であり、診療科間の協力体制が整備されている。自立支援医療を担当する場合は、○○科、○○科、○○科と連携をとり、診療に従事する体制をとる。 なお、平成○年○月より特定機能病院として承認され、高度医療を提供すると共に他の医療機関からの患者を受け入れる体制がある。</p>			

記入例

研究内容に関する証明書

医療機関名 医療法人〇〇 〇〇病院
氏名 神戸 花子

1 研究テーマ

変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 昭和 〇年 1月 1日
至 昭和 〇年 6月 30日
6月間 (1週 6日 44時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 昭和 〇年 7月 1日
至 昭和 〇年 5月 31日
11月間 (1週 6日 44時間)

3 その他研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

変形性膝関節症の組織学的研究

副論文

脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例
小児に発生した pancoast 腫瘍の1例
足関節固定術の経過的観察

日本語で書いて
ください。

上記のとおり相違

指導教授が退職されて
いる場合は同教室の現
在の教授または学部長
から証明をもらって
ください。

令和〇年 〇〇月 〇〇

大学名 〇〇大学医学部

氏名 教授 △ △ △
(自筆署名)