

記 入 例

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

指定されていない医療を二重線で消去

(病院又は診療所)

【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		
	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>		整形外科		
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		
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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。		7 年		
令和3年 5月 1日				
申請日				
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 次郎		
神戸市長 ため				

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。

入院設備がない場合は0人と記入。(医療の種類毎)

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。

変更のない事項に関しては別紙の添付を省略できます。

※直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる

[別紙1]

記入例

担当しようとする医療の種類

【 腎 臓

記入要領4にある(1)～(15)で指定された医療の種類のうち、医師の変更を生ずるもの

専門科目に関する学位の有無

経 歴 書

学位	有	(フリガナ) 氏 名	(こうべ あきこ) 神戸 明子	生年月日	昭和〇〇. 〇. 〇	
現住所	神戸市灘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、〇〇学会					
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				
H〇年3月	〇〇大学〇〇学部 卒業	指導者：〇〇 〇〇教授				
H〇年〇月〇日	医師免許取得	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 【記入要領】をよくお読みください </div>				
H〇年〇月	〇〇大学附属病院 〇〇科 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) 関節外科 医員					
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)					論文名などは必ず日本語で書いてください。
	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特科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(専門科目を記入する等)
R〇年〇月	医療法人〇〇 〇〇病院 整形外科 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。</p> <p>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 平成 〇年 1月 1日
至 平成 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 平成 〇年 7月 1日
至 平成 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

日本語で書いてください。

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

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)