様式第３２号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定
（変更・更新）申請書（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職 名 |  |
| 標榜している診療科目 |  |
| 担当しようとする医療の種類 |  |
| 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新申請の場合は変更の有無 | （別紙２） |
| 更新申請の場合は主として担当する医師又は歯科医師の氏名 |  | 更新申請の場合は変更の有無 | 有・無 |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | 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（平成17年法律第123号）第59条第1項（第60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・更新）されたく申請する。　また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　開　　設　　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号（あて先）前橋市長 |

※　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。

※　更新申請の場合、「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙１を添付すること。

※　更新申請の場合、「自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別紙２を添付すること。

　（別紙１）

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
| 関係学会加入状況 |  |
| 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 |
|  |  |  |

　（別紙２）

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） |  |  |  |  |
| 体制 |  |

（別紙３）

研究内容に関する証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　１　研究テーマ

　２　研究の内容別期間等

　　(1) 教室における臨床実習

　　　　　自　　　　年　　月　　日

 月間（１週　　日　　時間）

　　　　　至　　　　年　　月　　日

　 (2) 教授指導下での教室外における臨床実習

　　　　　自　　　　年　　月　　日

 月間（１週　　日　　時間）

 至　　　　年　　月　　日

　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

　　　副論文

　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大学名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（別紙４）

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　１　専門研修

　 (1) 研修期間

　　　　　自　　　　　年　　月　　日

 至　　　　　年　　月　　日

　 (2) 医療機関及び指導医

　２　臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  　　 期　　　　　　　間 |  患者数 | 回　数 |  医療機関名等 |
|  年　　月　～　　年　　月  |  人 |  回 |  |
|  年　　月　～　　年　　月 |  |  |  |
| 　　 年 　月 ～ 年　　月 |  |  |  |
|  年　　月 ～ 　 年　　月 |  |  |  |
|  年　　月 ～　　年　　月 |  |  |  |

　３　透析療法従事職員研修受講の有無

　 (1) 有（　　　　　　年度研修）

 (2) 無

 上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙５）

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　医療機関名 |  | 主たる担当医　師　名 |  |
|  医療機関名 |  期　　間 |  症例数 |  備　　考 |
|  　　　　　　　　病　　院 　　　　　　　　病　　院 　　　　　　　　病　　院 | 年月日　　年月日 ～ ～ ～ |  中心静脈栄養法 （　　　　　） 　 　( ） （ ） |  |
|  　　　　　　　　病　　院 　　　　　　　　病　　院 　　　　　　　　病　　院 | 年月日　　年月日 ～ ～ ～ |  経腸栄養法 |  |

 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙６）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医　師　名 |  |
| 期間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備考 |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 心臓移植後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 心臓移植術病院病院ＨＰ | （　国　名　） |

 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙７）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関 |  | 連携する医 師 名 |  |
| 期間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備考 |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 心臓移植術病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 心臓移植後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 年月日 | 任免事項 | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 |
|  |  |  |

 上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙８）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医　師　名 |  |
| 期間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備考 |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 肝臓移植後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 肝臓移植術病院病院ＨＰ | （　国　名　） |

 上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙９）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関 |  | 連携する医 師 名 |  |
| 期間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備考 |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 肝臓移植術病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月年　　月～　　年　　月 |  | 肝臓移植後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （　国　名　） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 年月日 | 任免事項 | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 |
|  |  |  |

 上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（別紙１０）

腎移植症例申立書

１ 腎移植症例数等

　⑴ 腎移植臨床従事期間

 自 年 月

 至 年 月 （計 年 か月）

 ⑵ 腎移植症例数

 件

２ 腎移植症例（直近時の３症例）

 （症例１）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

 （症例２）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

 （症例３）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

　上記に相違ありません。

 年 月 日

 医療機関名

 医 師 名

（別紙１１）

肝臓移植症例申立書

１ 肝臓移植症例数等

　⑴ 肝臓移植臨床従事期間

 自 年 月

 至 年 月 （計 年 か月）

 ⑵ 肝臓移植症例数

 件

２ 肝臓移植症例（直近時の３症例）

 （症例１）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

 （症例２）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

 （症例３）

 　⑴ 初診日

　　⑵ 初診時年齢

 　⑶ 診断

 　⑷ 治療方針

 　⑸ 治療経過

　上記に相違ありません。

 年 月 日

 医療機関名

 医 師 名

（別紙１２）

歯科矯正症例申立書

※ 口蓋裂の症例のみ対象としてください。

１ 歯科矯正症例数等

 ⑴ 歯科矯正臨床従事期間

 自 年 月

 至 年 月 （計 年 か月）

 ⑵ 歯科矯正症例数

 件

２ 歯科矯正症例（直近時の５症例）

　（症例１）

 　⑴ 初診日

 　 ⑵　初診時年齢

 　 ⑶　裂型

 　 ⑷　現症

 　 ⑸　診断

 　 ⑹　治療方針

 　 ⑺　治療経過

　（症例２）

 　⑴ 初診日

 　 ⑵　初診時年齢

 　 ⑶　裂型

 　 ⑷　現症

 　 ⑸　診断

 　 ⑹　治療方針

 　 ⑺　治療経過

　（症例３）

 　⑴ 初診日

 　 ⑵　初診時年齢

 　 ⑶　裂型

 　 ⑷　現症

 　 ⑸　診断

 　 ⑹　治療方針

 　 ⑺　治療経過

　（症例４）

 　⑴ 初診日

 　 ⑵　初診時年齢

 　 ⑶　裂型

 　 ⑷　現症

 　 ⑸　診断

 　 ⑹　治療方針

 　 ⑺　治療経過

　（症例５）

 　⑴ 初診日

 　 ⑵　初診時年齢

 　 ⑶　裂型

 　 ⑷　現症

 　 ⑸　診断

 　 ⑹　治療方針

 　 ⑺　治療経過

　上記に相違ありません。

 年 月 日

 医療機関名

 歯科医師名