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