

第1号様式一(2)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指
（病院又は診療所用）

厚生局に申請中の場合は「申請中」と記載し、コードが発行されたら速やかに連絡すること。

保険医療機関	名 称	〇〇クリニック 保険医療機関コード（〇〇〇〇〇〇〇（申請中））		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横須賀市〇〇町〇-〇 Tel 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇		
開設者（*）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市中区日本大通〇		
	氏名（個人開設の場合）又は法人名と代表者（法人開設の場合）	医療法人社団〇〇会 理事長 〇〇 〇〇		
	生年月日（個人開設の場合）		職名（個人開設の場合）	
標榜している診療科目※		精神科		
主として担当する医師の経歴		（別紙1）		
<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（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたいので申請します。</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1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>申請書提出日を記載すること。</p> <p>開設者（下記下線部に（*）と同じ住所等を記載）</p> <p>住 所 横浜市中区日本大通〇</p> <p>開設者（*）と同じ内容とすること。</p> <p>氏名又は 医療法人社団〇〇会 法人名と代表者 理事長 〇〇 〇〇</p> <p>神奈川県知事 殿</p>				

精神通院医療に主に関係する診療科目を記載すること。

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととする。

●担当者連絡先 担当者〇〇 TEL : 070-XXXX-XXXX

次の書類を添付し、御提出ください。

【全てに必要な提出書類】別紙1、医師免許証の写し(A4 に縮小してください。)

(第1号様式―(2)の別紙1)

経 歴 書

ふりがな 氏 名	かながわ じろう 神奈川 二郎	生年月日	○年○月○日
現住所	〒○○○-○○○○ 横浜市中区日本大通○		
年 月 日	任 免 事 項		
○年○月	○○大学医学部医学科 卒業		
○年○月	医師免許証取得 医籍登録第○○○○○○○号		
○年○月	○○大学付属病院 研修医		
○年○月	○○病院 精神科 医員		
○年○月	○○精神神経学会 専門医取得		
○年○月	○○病院 内科 医員 うち、てんかん診療の診療に従事(○年○月～○年○月)		
○年○月	○○診療所 非常勤 週○日○時間		
○年○月	○○クリニック 院長 精神科に勤務 (現在に至る)		

任免事項に「別紙のとおり」と記載し、要件が確認できる任意の経歴書添付による提出も可能とします。

専門科目名と身分(医長、医員等)を記載すること。

専門医を取得した場合は記載すること。

従事した精神医療の内容と期間がわかるように記載すること。

非常勤・兼務職員の場合は、勤務条件等も記載すること。

※精神医療に携わった経歴が3年以上あることがわかるように記載してください。