

留意事項

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく指定医師の異動届について

届出書記載の注意事項及び次の点に留意して、必要事項を記載のうえ届出書を作成してください。

◎留意事項

- ・ 県内市町村の医療機関から横須賀市の医療機関に異動する場合でも、異動届の他に、経歴書と医師の免許証の写しを必ず添付し、可能であれば前勤務地での指定通知書の写しを添付してください。
- ・ 作成にあたって不明な点等がありましたら、お問い合わせのうえ必要事項を確認してください。
- ・ 提出された申請書等について確認のためご連絡させていただくことがあります。

事務担当・問合せ先

横須賀市民生局福祉こども部障害福祉課

社会福祉審議会担当

電話 046-822-8385（直通）

経 歴 書

医師氏名 _____ 所属 _____ 年 月 現在

経 歴

_____ 年 _____ 月 _____ 卒業

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師免許証取得 (第 _____ 号)

自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月

- 注意
1. 医師免許証取得年月日及び医籍登録番号を必ず記載してください。
 2. 担当しようとする障害区分に関係のある医療経験年数を必ず記載してください。
 3. 記載の際には従事した医療機関等の名称、診療科目、勤務形態（常勤・非常勤）、身分(職名)を正確に記載してください。
 4. 上記のほかに担当しようとする障害区分がじん臓機能障害の場合には、人工透析に従事していた経歴、免疫機能障害の場合には、ヒト免疫不全ウイルス感染者に従事していた経歴を以下に必ず記載してください。

人工透析又はヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経歴 (該当者のみ記載)

自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月