



記入例

身体障害者福祉法による  
指定医師担当障害分野

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん○○かい○○ 医療法人○○会 ○○○○													
所在地	〒 ○○○-△△△△ ○○○市○○○町1丁目2-3 (電話) 092 - 123													
医師氏名	ふりがな ふくおか いちろう 福岡 一郎													
診療科名	内科													
担当しようとする障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	音声言語障害	機能障害	その他障害	肢体不自由	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫障害	肝臓機能障害
									○	○				

1 この欄に記入された分野について指定の審査を行います。  
経歴書に記載した専門分野と関連する分野だけを選ぶようにしてください。

2 障害分野を広く指定して担当する必要がある場合は、その理由を別紙(様式自由)に記載して添付してください。

3 脳神経外科、神経内科の医師が、「視覚障害」、「聴覚障害」の担当をしようとする場合は、「腫瘍及び神経障害等による視力喪失者、聴力喪失者」の診療に限られます。

4 「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害」については、エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましいとなっています。従事経験がない場合は、ブロック拠点病院(国立九州医療センター)の研修を受けたこと

記入できる診療科名は1つ

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として上記の障害分野の指定を受けたいので提出します。

令和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日

福岡県知事 殿

医師住所 ○○○市○○○町3丁目4-5

氏名 福岡 一郎

印