

様式第1号(第3条関係)

同意書

ふりがな		
氏名		
生年月日	年 月 日	
医療機関名		
電話・郵便番号	()	〒
住所		
診療科目		
<p>身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関開設者</p> <p>氏 名</p> <p>医 師 氏 名</p> <p>長 崎 県 知 事 様</p>		

(附属資料)

医療機関名		医療機関 の所在地	
医師の氏名		診療科目	
最終学歴	年 月 日 卒業 修了		
医 師 の 主 な 経 歴	経 歴	経験年月	病院・診療所名及び診療科目
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	合計経験年数	年 月	
参考事項	年 月 医師免許証 (号) 年 月 医学博士		

- 注 1 経歴は研修医より記入して下さい。
2 黒インク又は黒ボールペンで記入して下さい。

添付書類 医師の免許証 (写)

記載例

勤務している医療機関の連絡先及び住所を記入すること

様式第1号(第3条関係)

同意書

ふりがな	ながさき たろう	
氏名	長崎 太郎	
生年月日	S 年 月 日	
医療機関名	医療法人▲▲会 ○○○○病院	
電話・郵便番号	(□□□) □□□ — □□□□	〒 ○○○—○○○ ○
住所	市 町 番 号	
診療科目	内科	

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。

令和 年 月 日

医療機関開設者

氏名	県庁 花子
医師氏名	長崎 太郎

長崎県知事様

上段は医療機関開設者、下段は申請をする医師の氏名を記入すること。

最終学歴の学校名及び卒業・修了年月日の記入、
卒業もしくは修了のいずれか一方を で囲む

(附属資料)

医療機関名	医療法人 会 病院	医療機関 の所在地	市 町 番 号
医師の氏名	長崎 太郎	診療科目	内科
最終学歴	■■大学 大学院 平成〇〇年〇月〇〇日 卒業 修了		
医 師 の 主 な 経 歴	経 歴	経験年月	病院・診療所名及び診療科目
	自 H17年 5月 1日 至 H19年 4月30日	2年0月	▲▲大学医学部附属病院 (研修医) うち内科 3ヶ月
	自 H19年 5月 1日 至 H21年 4月30日	2年0月	医療法人〇〇会 〇〇病院 (内科)
	自 H21年 5月 1日 至 H23年10月31日	2年6月	■■県立■■病院 (内科)
	自 H23年11月 1日 至 H27年 8月31日	4年5月	医療法人□□会 □□クリニック (内科)
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	自 年月日は必ず記入する。 H21年7月のよう に 自 至 '日'を省略しない。	記載例のとおり 勤務年月を記入 すること。	病院名に加え、診療していた科 まで記載すること。
	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月	
	合計経験年数	10年11月	経験年数の合計数を記入すること。
参考事項	H17年4月 医師免許証 (号) 年 月 医学博士		

注 1 経歴は研修医より記入して下さい。

2 黒インク又は黒ボールペンで記入して下さい。

添付書類 医師の免許証 (写)

医学博士を取得している場合は、
その修得年月日も記載すること。