

(表)

様式第1号の1 (用紙 日本産業規格A4縦型)

指定自立支援医療機関 (更生医療・育成医療) 指定申請書

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。		<病院又は診療所>		
保 険 医 療 機 関	名 称	静岡〇〇総合病院		
	医療機関コード	0123456		
	所 在 地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
開	住 所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267	法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。	
	は 名 称	医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎		
	年 月 日	昭和〇年〇月〇日	職 名	理事長
標榜している診療科目		腎臓内科、泌尿器科		
担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療		
主として担当する医師又は歯科医師の氏名		静岡 次郎		
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		様式第6号の1	更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要	様式第7号の1
自立支援医療を行うための入院施設の定員		10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(障害者福祉法)第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関(更生医療・育成医療)の指定を申請します。		担当しようとする医療の種類ごとの定員を記載してください。		
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します。		法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。		
令和〇年〇月〇日				
医療機関の開設者				
住 所		静岡市葵区追手町9-6		
(電話番号)		054-221-2367		
氏 名		医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎		
静岡県知事 様				

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

指定自立支援医療機関 (更生医療・育成医療) 指定申請書
 <薬局>

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。

保 険 薬 局	称	静岡〇〇薬局		
	医療機関コード	0123456		
	所在地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-2367		
開 設 者	住所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-2367		
	氏名又は名称	株式会社 静岡〇〇薬局 代表取締役 静岡 太郎		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職名	代表取締役
薬剤師の氏名		静岡 次郎	略歴	様式第6号の2
調剤のために必要な施設及び体制の概要		様式第7号の2		
<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第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関 (更生医療・育成医療) として指定されたく申請します。</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) の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の開設者 住 所 静岡市葵区追手町9-6 (電話番号) 054-221-2367 氏 名 株式会社 静岡〇〇薬局 代表取締役 静岡 太郎</p> <p>静岡県知事 様</p>				

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

- (備考) 1 「保険薬局の名称」は、必ず正式名称を記載してください。
 2 薬剤師免許証 (写) を添付してください。

指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）指定申請書

<指定訪問看護事業者等>

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称	株式会社 訪問看護〇〇	
	主たる事務所の所在地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267	
	代 表 者	住 所	静岡県葵区追手町9-6
		氏 名	静岡 太郎
		生年月日	昭和〇年〇月〇日
職 名		代表取締役	
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション〇〇	
	医療機関コード	0123456	
	所 在 地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267	
	職 員 の 定 数	様式第7号の3	

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第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関（更生医療・育成医療）として指定されたく申請します。

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します。

令和〇年〇月〇日

指定訪問看護事業者
指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者

所在地 静岡県葵区追手町9-6
(電話番号) 054-221-2367
名 称 株式会社 訪問看護〇〇
代表者 代表取締役 静岡 太郎

静岡県知事 様

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

(備考) 名称欄は、それぞれ、必ず正式名称を記載してください。

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。

<病院又は診療所>

保 険 医 療 機 関	名 称	静岡〇〇総合病院		
	医療機関コード	0123456		
	所 在 地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
主 所	主 所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	氏名又は名称	医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎		
	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日	職 名	理事長
標榜している診療科目 ※		心療内科・精神科		
主として担当する医師の氏名		静岡 次郎		
主として担当する医師の経歴		様式第6号の3		
<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第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。</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）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>医療機関の開設者</p> <p>住 所 静岡市葵区追手町9-6 (電話番号) 054-221-2367 氏 名 医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎</p> <p>静岡県知事 様</p>				

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構いません。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

※ 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。

1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

※連絡先（必ず記入してください） 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書

<薬局>

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。

保 険 薬 局	名 称	静岡〇〇薬局		
	医療機関コード	0123456		
	所 在 地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
開 設 者	住 所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	氏名又は名称	株式会社 静岡〇〇薬局 代表取締役 静岡 太郎		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職 名	代表取締役
薬 剤 師 の 氏 名		静岡 次郎	略 歴	様式第6号の4

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

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第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として指定されたく申請します。

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します。

令和〇年〇月〇日

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

医療機関の開設者

住 所 静岡市葵区追手町9-6
(電話番号) 054-221-2367
氏 名 株式会社 静岡〇〇薬局
代表取締役 静岡 太郎

静岡県知事 様

- (備考) 1 「保険薬局の名称」は、必ず正式名称を記載してください。
2 薬剤師免許証 (写) を添付してください。

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

<指定訪問看護事業者等>

各名称欄は必ず正式名称を記載してください。

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称	株式会社 訪問看護〇〇
	主たる事務所の所在地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267
	代 表 者	
	住 所	静岡県葵区追手町9-6
	氏 名	静岡 太郎
	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	職 名	代表取締役
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション〇〇
	医療機関コード	0123456
	所 在 地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267
	職 員 の 定 数	様式第7号の3

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第36条第3項第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されたく申請します。

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します。

令和〇年〇月〇日

指定訪問看護事業者
指定居宅サービス事業者
指定介護予防サービス事業者

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

所在地 静岡県葵区追手町9-6
(電話番号) 054-221-2367
名 称 株式会社 訪問看護〇〇
代表者 代表取締役 静岡 太郎

静岡県知事 様

(備考) 名称欄は、それぞれ、必ず正式名称を記載してください。

様式第2号の1 (用紙 日本産業規格A4縦型)

- 更生医療・育成医療
- 精神通院医療

指定

該当する医療の種類
を選択してください。

更新申請書

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

各名称欄は必ず正式名称を
記載してください。

<病院又は診療所>

保 険 医療機関	名 称	静岡〇〇総合病院		
	医療機関コード	0123456		
	所 在 地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
開設者	住 所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	氏名又は名称	医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職 名	理事長
標榜している診療科目		腎臓内科、泌尿器科		
担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療		
主として担当する医師又は 歯科医師の氏名		静岡 次郎	自立支援医療を行う ために必要な体制及 び設備の変更の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
自立支援医療を行うための入院設備の定員			10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第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関として指定を更新されたく申請します。 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します。 令和〇年〇月〇日 指定医療機関の開設者 住 所 静岡市葵区追手町9-6 (電話番号) 054-221-2367 氏 名 医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎 静岡県知事 様				

変更がある場合は、併せて変更届の提出をお願いします。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

(備考) 指定事項に変更がある場合は、別途変更届の提出が必要です。

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

更生医療・育成医療

精神通院医療

指定自立支援医療機関指定更新申請書

該当する医療の種類
を選択してください。

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

各名称欄は必ず正式名称を
記載してください。

<薬局>

保険薬局	名称	静岡〇〇薬局		
	医療機関コード	0123456		
	所在地	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
開設者	住所	〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	氏名又は名称	株式会社 静岡〇〇薬局 代表取締役 静岡 太郎		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	職名	代表取締役
	薬剤師の氏名	静岡 次郎		
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無※		有 ・ 無		
<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第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関として指定を更新されたく申請します。</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)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>指定医療機関の開設者 住所 静岡市葵区追手町9-6 (電話番号) 054-221-2367 氏名 株式会社 静岡〇〇薬局 代表取締役 静岡 太郎</p> <p>静岡県知事 様</p>				

更生医療・育成医療のみ記載してください。また、変更がある場合は、併せて変更届の提出をお願いします。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

※精神通院医療の申請については、「調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」の記入は不要です。指定事項に変更がある場合は、別途変更届の提出が必要です。

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

更生医療・育成医療

精神通院医療

指定自

該当する医療の種類
を選択してください。

新申請書

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

各名称欄は必ず正式名称を
記載してください。

<指定訪問看護事業者等>

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称	株式会社 訪問看護〇〇		
	主たる事務所の 所在地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	代 表 者	住 所	静岡県葵区追手町9-6	
		氏 名	静岡 太郎	
		生年月日	昭和〇年〇月〇日	
職 名		代表取締役		
訪問看護 ステーション等	名 称	訪問看護ステーション〇〇		
	医療機関コード	0123456		
	所 在 地	〒 420-8601 静岡県葵区追手町9-6 TEL 054-221-2367 FAX 054-221-3267		
	職員の定数の 変更の有無	有 ・ 無		
<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第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関として指定を更新されたく申請します。</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)の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 静岡県葵区追手町9-6 (電話番号) 054-221-2367 名 称 株式会社 訪問看護〇〇 代表者 代表取締役 静岡 太郎</p> <p>静岡県知事 様</p>				

変更がある場合は、併せて変更届の提出をお願いします。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

(備考) 指定事項に変更がある場合は、別途変更届の提出が必要です。

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

**該当する医療の種類
を選択してください。**

更生医療・育成医療

指定医療機関変更事項届出書

精神通院医療

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

1 届出事項

該当する□
にレを記し
てください。

- 1 自立支援医療機関の名称及び所在地の変更 (省令第57条第1号関係)
- 2 開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称の変更 (省令第57条第2号関係)
- 3 保険医療機関 (健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関)である旨の変更 (省令第57条第3号関係)
- 4 標ぼうしている診療科名 (担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものに限る。)の変更 (省令第57条第4号関係)
- 5 更生医療、育成医療又は精神通院医療を主として担当する医師又は歯科医師若しくは薬剤師の氏名、生年月日、住所及び経歴の変更 (省令第57条第6号関係)
- 6 更生医療又は育成医療を行うために必要な設備の概要の変更 (省令第57条第7号関係)
- 7 患者を收容する施設の有無及び有するときはその收容定員 (育成医療又は更生医療を行う診療所に限る。) (省令第57条第8号関係)
- 8 その他(訪問看護ステーションの職員の定数の変更等) (省令第57条第3項第4号関係)

2 届出の内容

変更事項	変更前		変更後
	代表取締役 静岡 太郎		代表取締役 静岡 一郎
変更年月日	令和▲年▲月▲日	理由	代表者の交代のため
備考			

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を
に基づき届け出ます。

**変更年月日が届出日から4ヶ月
以上前の場合は、遅延理由書(任
意様式)の提出が必要です。**

62条の規定

令和○年○月○日

指定医療機関、訪問看護ステーション等

名称 静岡○○薬局

所在地 〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6

**届出事項1、2の場
合、こちらの欄は変更
後の情報を記入して
ください。**

指定医療機関の開設者、指定訪問看護事業者等

住所(所在地) 〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6

(電話番号) 054-221-2367

氏名(名称) 株式会社 静岡○○薬局

代表取締役 静岡 一郎

**法人の場合は、代表
者の職・氏名まで記
入してください。**

静岡県知事 様

(備考) 1又は2の変更にあつては登記簿謄本、設置許可証等の写しを、5の変更にあつては経歴関係の各規定様式と必要な添付資料を、6又は7の変更にあつては、設備(施設)及び体制の概要に関する各規定様式を各添付してください。

開設者の法人化、所在地の変更等により **医療機関コードが変更となる場合は、新たに指定を受ける必要があります。**

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

該当する医療の種類
を選択してください。

更生医療・育成医療

指定自立支援医療機関変更事項届出書

精神通院医療

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

1 届出事項

該当する□
にレを記し
てください。

- 1 自立支援医療機関の名称及び所在地の変更 (省令第57条第1号関係)
- 2 開設者の住所、氏名、生年月日及び職名又は名称の変更 (省令第57条第2号関係)
- 3 保険医療機関 (健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関) である旨の変更 (省令第57条第3号関係)
- 4 標ぼうしている診療科名 (担当しようとする自立支援医療の種類に関するものに限る。) の変更 (省令第57条第4号関係)
- 5 更生医療、育成医療又は精神通院医療を主として担当する医師又は歯科医師若しくは薬剤師の氏名、生年月日、住所及び経歴の変更 (省令第57条第6号関係)
- 6 更生医療又は育成医療を行うために必要な設備の概要の変更 (省令第57条第7号関係)
- 7 患者を収容する施設の有無及び有するときはその収容定員 (育成医療又は更生医療を行う診療所に限る。) (省令第57条第8号関係)
- 8 その他 (訪問看護ステーションの職員の定数の変更等) (省令第57条第3項第4号関係)

2 届出の内容

変更事項	変更前		変更後
		代表取締役 静岡 太郎	
変更年月日	令和▲年▲月▲日	理由	代表者の交代のため
備考			

届出事項2の変更に限り、複数の医療機関の開設者は、医療機関の情報を別紙「指定自立支援医療機関一覧 (任意様式)」にまとめて提出可能です。

変更年月日が届出日から4ヶ月以上前の場合は、遅延理由書 (任意様式) の提出が必要です。

こちらの欄は変更後の情報を記入してください。

者の日常生活及び法律施行規則第62条の規定

指定医療機関、訪問看護ステーション等

名称
所在地

別紙「指定自立支援医療機関一覧」のとおり

指定医療機関の開設者、指定訪問看護事業者等

住所 (所在地) 〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6

(電話番号) 054-221-2367

氏名 (名称) 株式会社 静岡〇〇薬局
代表取締役 静岡 一郎

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

静岡県知事 様

(備考) 1又は2の変更にあつては登記簿謄本、設置許可証等の写しを、5の変更にあつては経歴関係の各規定様式と必要な添付資料を、6又は7の変更にあつては、設備 (施設) 及び体制の概要に関する各規定様式を各添付してください。

開設者の法人化、所在地の変更等により医療機関コードが変更となる場合は、新たに指定を受ける必要があります。

※連絡先 (必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

該当する医療の種類
を選択してください。

- 更生医療・育成医療
- 精神通院医療

指定医療機関等届出書

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

該当する届出事項(休止、廃止、再開、
処分)の種類を選択してください。

1 届出事項

該当する□
にレを記し
てくださ
い。

- 1 医療機関の業務の休止 (省令第63条第1号関係)
- 2 医療機関の業務の廃止 (省令第63条第1号関係)
- 3 医療機関の業務の再開 (省令第63条第1号関係)
- 4 医療法第24条、第28条若しくは第29条、健康保険法第95条、介護保険法第77条第1項又は薬事法第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分を受けたとき。(省令第63条第2号関係)

2 届出の内容

種別	内 容	備 考
	薬局の廃止	理由、休止、再開、廃止した年月日等 令和▲年▲月▲日

【休止の例】

- ・店舗改装等につき、医療機関を一時休業する場合。
- ・主たる医師等が体調不良により、一時的に休業する場合。

※主として担当する医師等の変更により、指定の要件を満たさなくなる場合等は、様式第5号の辞退届を提出してください。

【廃止の例】

薬局を廃業する場合。

【再開の例】

休止している医療機関の営業を再開する場合。

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(障害者福祉法)に基づき、指定医療機関等届出書(様式第4号)を提出します。

月○日

指定医療機関、訪問看護ステーション等

名 称 静岡〇〇薬局

所在地 〒 420-8601 静岡市葵区追手町9-6

指定医療機関の開設者、指定訪問看護事業者等

住所(所在地) 静岡市葵区追手町9-6

(電話番号) 054-221-2367

氏名(名称) 株式会社 静岡〇〇薬局

代表取締役 静岡 太郎

休止等年月日が届出日から4ヶ月以上前の場合は、遅延理由書(任意様式)の提出が必要です。

法人の場合は、代表者の職・氏名まで記入してください。

静岡県知事 様

※連絡先(必ず記入してください) 担当者 静岡 花子 TEL 054-221-2367

- 更生医療・育成医療
- 精神通院医療

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

(該当する自立支援医療の種類にレを記してください)

**該当する医療の種類
を選択してください。**

指定自立支援医療機関	名称	静岡〇〇総合病院
	所在地	静岡市葵区追手町9-6
	住所	静岡市葵区追手町9-6
		医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎
標ぼうしている診療科目		腎臓内科、泌尿器科
担当している医療の種類		腎臓に関する医療
主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名		静岡 次郎
辞 退 理 由		医師の変更に伴い、指定要件を満たさなくなるため。
指 定 辞 退 年 月 日		令和〇年▲月〇日 ※ 辞退年月日は申出日の1月以降です。
上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を有利にするための法律第65条の規定に基づき申し出ます。	辞退年月日の1个月前に、辞退申請書を提出してください。	
令和〇年〇月〇日		
	指定医療機関の開設者 又は 指定訪問看護事業者等	
	住 所 (所在地)	静岡市葵区追手町9-6
	(電話番号)	054-221-2367
	氏 名 (名称)	医療法人社団 静岡〇〇総合病院 理事長 静岡 太郎
静岡県知事 様		

薬局、訪問看護ステーション等は記入不要です。

**法人の場合は、
代表者の職・氏
名まで記入して
ください。**

(表)

様式第6号の1 (用紙 日本産業規格A4横型)

経 歴 書

<更生医療・育成医療 主として担当する医師又は歯科医師>

学 位	博士	ふりがな	しずおか じろう		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
		氏 名	静岡 次郎			
現 住 所	静岡市葵区追手町9-6					
最終学歴	〇〇大学 医学科	医籍登録年月日を記入してください。 医師免許証裏面に書換文等の記載がある場合は、裏面の写しも提出してください。			卒業年月	平成〇年 〇月
医師免許取得年月日	平成〇年 〇月 〇日				医籍登録番号	第123456号
関係学会加入状況	日本内科学会 日本外科学会					
専門医資格の有無	①・無	専門医資格の内容			専門医資格取得年月日	
		整形外科専門医			平成〇年〇月	
		形成外科専門医			平成〇年〇月	
そ の 他 資 格	「整形外科」、「形成外科」の主として担当する医師は、広告することができる専門医の資格を有していることが要件になります。				(取得年月日)	

(裏)

1 職務に関する経歴

年月日	任免等事項	期間 (年. 月)	勤務先、職務名、職務内容等 (例: 医療法 該当する条件に〇を記入してください。)	専門医療機関の経験	
				条件 (該当番号に〇)	対象期間 (年. 月)
〇. 〇. 〇	入職	3・0	学校法人〇〇大学 医学部附属病院 内科 研修医 (常勤)	① 大学専門教室	3・0
〇. 〇. 〇	退職			② 臨床研修指定病院	
〇. 〇. 〇	入職	7・0	医療法人社団静岡■■総合病院 内科 医員 (常勤)	③ 学会規則・規定による教育病 院、教育関連病院等	7・0
〇. 〇. 〇	退職			④ 該当なし	
〇. 〇. 〇	入職	2・0	医療法人社団〇〇会 ▲▲クリニック 医員 (常勤)	1 大学専門教室	・0
〇. 〇. 〇	昇任			2 臨床研修指定病院	
〇. 〇. 〇	昇任	.	医療法人社団〇〇会 ▲▲クリニック 医長 (常勤)	3 学会規則・規定による教育病 院、教育関連病院等	.
				④ 該当なし	
最終行は、現在の勤務先で主として担当す る医師又は歯科医師となった時点の年月 日を記入してください。				④ 該当なし	.
職務には、「常勤」「非常勤」の別も記入してく ださい。				1 大学専門教室	.
				2 臨床研修指定病院	
主として担当する医師又は歯科医師は経験年数の 合計は「5年以上」であることが要件です。 なお、該当条件で「4 該当なし」の経歴は対象期 間に含めることはできません。				3 学会規則・規定による教育病 院、教育関連病院等	.
				4 該当なし	
合計		.		経験年数の合計5年以上	計 10 . 0

記入欄が不足する場合には、適宜本様式をコピーして使用下さい。

(表)

2 研究に関する経歴

年月日	研究に関する事項	学会論文名又は学会に提出した論文名、発表演題名等
平成〇年〇月〇日	〇〇症に関する治験例	日本〇〇学会誌 (平成〇年〇月〇日) p50
平成〇年〇月〇日	▲▲に関する基礎的研究	第〇回日本▲▲学術大会 発表演題「▲▲患者への■管理の有用性」

論文や発表題目等の資料がある場合は、添付してください。

(備考) 1 医師免許証の写を添付してください。

2 整形外科又は形成外科に関する医療を担当しようとする医師の場合は、専門医資格(「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」(平成14年7月17日医政総発第0717001号医政局総務課長通知)により広告することができる専門医の資格)に係る証明書の写を添付してください。

3 担当しようとする医療に関する臨床実績に関する資料として、(様式第8号の1)から(様式第8号の11)までのうち該当する様式に記載して添付してください。

(表)

様式第6号の2 (用紙 日本産業規格A4横型)

経 歴 書
＜更生医療・育成医療 主として担当する薬剤師＞

学 位	修士	ふりがな	静岡 じろう		生年月日	昭和○年 ○月 ○日
		氏 名	静岡 次郎			
現 住 所	静岡市葵区追手町9-6					
最終学歴	○○大学 薬学部	薬剤師名簿登録年月日を記入してください。 薬剤師免許証裏面に書換文等の記載がある場合は、裏面の写しも提出してください。			卒業年月	平成○年 ○月
薬剤師免許取得年月日	平成○年 ○月 ○日	薬剤師名簿登録番号	第 123456 号			
研修認定薬剤師 取得の有無	公益社団法人 薬剤師認定制度認証機構 (CPC) の 認証を受けた実施機関の認定薬剤師		初 回 認 定 日 平成○年 ○月 ○日			
	① ・ 無		認 定 期 間 平成○年 ○月 ○日 ~ 令和○年 ○月 ○日			
そ の 他 資 格	(資 格 名)			(取得年月日)		
CPCの認証を受けた実施機関の認定薬剤師である場合は、「有」に○を記入してください。併せて、認定薬剤師証を本紙に添付してください。			指定日(変更日)が含まれている認定期間を記入してください。 ※更新中等の場合は、その旨を記載してください。			

(裏)

1 職務に関する経歴

該当する条件に○を記入してください。

薬局等の調剤実務経験年数

年月日	期間 (年. 月)	勤務先、職務名、職務内容等 (例：○○株式会社○○薬局○○店 管理薬剤師)	薬局等の調剤実務経験年数	
			該当条件 (該当番号に○)	対象期間 (年. 月)
○. ○. ○	5・0	株式会社●● ▲▲薬局○○店 勤務薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局	5・0
○. ○. ○				
○. ○. ○	7・0	医療法人社団静岡○○総合病院 勤務薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局	7・0
○. ○. ○				
○. ○. ○	2・0	株式会社○○調剤 販売員 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局	・0
○. ○. ○				
○. ○. ○	.	株式会社静岡○○薬局 ○○店 管理薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局	.
.				
.	.	.	① 薬局、薬店 ② 院内薬局	.
合計	.	.	経験年数の合計5年以上 →	計 12. 0

最終行は、現在の勤務先で主として担当する薬剤師となった時点の年月日を記入してください。

「管理薬剤師」「勤務薬剤師」の別、また、「常勤」「非常勤」の別も記入してください。

薬局の販売員、製薬会社での勤務経験等は、調剤実務経験には含まれません。

記入欄が不足する場合には、適宜本様式をコピーして使用下さい。

(備考) 薬剤師免許証の写を添付してください。経験年数に製薬会社での勤務実績は含みません。

主として担当する薬剤師は経験年数の合計は「5年以上」であることが要件です。

(表)

様式第6号の3 (用紙 日本産業規格A4横型)

経 歴 書
<精神通院医療 主として担当する医師>

学 位	博士	ふりがな	しずおか じろう		生年月日	昭和○年 ○月 ○日	
		氏 名	静岡 次郎				
現 住 所	静岡市葵区追手町9-6					卒業年月	平成○年 ○月
最終学歴	〇〇大学 医学部						
医師免許取得年月日	平成○年 ○月 ○日		医籍登録番号	第0123456号			
精神保健指定医資格の有無	<input checked="" type="radio"/> ・無	指定医資格取得年月日		直近の資格更新年月日			
		平成○年○月○日		平成▲年○月○日			

医籍登録年月日を記入してください。
医師免許証裏面に書換文等の記載がある場合は、裏面の写しも提出してください。

1 職務に関する経歴

該当する条件に○を記入してください。

年月日	任免等事項	期間 (年. 月)	勤務先、職務名、職務内容等 (例：医療法人社団〇〇病院 〇〇科 医員 (常勤))	専門医療機関の経験	
				該当条件 (該当番号に○)	対象期間 (年. 月)
○. ○. ○	入職	3・0	学校法人〇〇大学 医学部附属病院 精神科 研修医 (常勤)	1 精神医療に従事	3・0
○. ○. ○	退職			2 てんかん診療に従事 ③ 臨床研修期間中精神医療に従事 4 該当なし	

「非常勤」の場合は、直近1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を記入してください。

(裏)

○. ○. ○	入職	2・0	医療法人社団▲▲総合病院 脳神経外科 医員 (非常勤) 直近1か月あたりの勤務日数8日、 延時間数56時間	1 精神医療に従事	2・0
○. ○. ○	退職			② てんかん診療に従事 3 臨床研修期間中精神医療に従事 4 該当なし	
○. ○. ○	入職	.	医療法人社団静岡○○総合病院 精神科 医員 (常勤)	① 精神医療に従事	.
				2 てんかん診療に従事 3 臨床研修期間中精神医療に従事 4 該当なし	
				1 精神医療に従事	.
				2 てんかん診療に従事 3 臨床研修期間中精神医療に従事 4 該当なし	
				1 精神医療に従事	.
				2 てんかん診療に従事 3 臨床研修期間中精神医療に従事 4 該当なし	
合計		.		経験年数の合計3年以上 →	計 5.0

最終行は、現在の勤務先で主として担当する医師となった時点の年月日を記入してください。

「常勤」「非常勤」の別も記入してください。

記入欄が不足する場合には、適宜本様式をコピーして使用下さい。

「任免事項」は、次の点に留意し、記載（主として担当する医師が複数ある場合には、そのうち）

- (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
- (2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
(例えば、○○医科大学精神科教室又は○○病院精神科のように記載し、○○医科大学、○○)
- (3) 勤務先における身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。
- (4) 非常勤職員については、申請時点における直近1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
- (5) 2以上の施設に兼務する等の場合であっては、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。
(例えば、○○医科大学精神科週4日（延〇時間勤務）等）

主として担当する医師の経験年数の合計は「3年以上」であることが要件です。
なお、該当条件で「4 該当なし」の経歴は対象期間に含めることはできません。

(表)

様式第6号の4 (用紙 日本産業規格A4横型)

経 歴 書
<精神通院医療 主として担当する薬剤師>

学 位	修士	ふりがな	しずおか じろう	生年月日	昭和○年 ○月 ○日
		氏 名	静岡 次郎		
現 住 所	静岡市葵区追手町9-6				
最終学歴	○○大学 薬学部	薬剤師名簿登録年月日を記入してください。 薬剤師免許証裏面に書換文等の記載がある場合は、裏面の写しも提出してください。		卒業年月	平成○年 ○月
薬剤師免許取得年月日	平成○年 ○月 ○日	薬剤師名簿登録番号	第0123456号		

1 職務に関する経歴

年月日	勤務先、職務名、職務内容等 (例：○○株式会社○○薬局○○店 勤務薬剤師 (常勤))	薬局等の調剤実務経験
		該当条件 (該当番号に○)
○. ○. ○	株式会社●● ▲▲薬局○○店 勤務薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局
○. ○. ○		
○. ○. ○	医療法人社団静岡○○総合病院 勤務薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店 ② 院内薬局
○. ○. ○		

(裏)

薬局の販売員、製薬会社での勤務経験等は、調剤実務経験には含まれません。

年月日	勤務先、職務名、職務内容等 (例：〇〇株式会社〇〇薬局〇〇店 勤務薬剤師 (常勤))	薬局等の調剤実務経験
		該当条件 (該当番号に〇)
〇. 〇. 〇	株式会社〇〇調剤 販売員 (常勤)	1 薬局、薬店
〇. 〇. 〇		2 院内薬局
〇. 〇. 〇	有限会社▲▲薬局 〇〇店 管理薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店
〇. 〇. 〇		2 院内薬局
〇. 〇. 〇	株式会社静岡〇〇薬局 〇〇店 管理薬剤師 (常勤)	① 薬局、薬店
. . .		2 院内薬局
. . .		1 薬局、薬店
. . .		2 院内薬局
. . .		1 薬局、薬店
. . .		2 院内薬局

「管理薬剤師」「勤務薬剤師」の別、また、「常勤」「非常勤」の別も記入してください。

最終行は、現在の勤務先で主として担当する薬剤師となった時点の年月日を記入してください。

をコピーして使用下さい。
付してください。経験年数に製薬会社での勤務実績は含みません。

2 他の指定自立支援医療機関における管理薬剤師としての実績 (※新規開局する保険薬局のみ記入。)

新規開局する保険薬局のみ、管理薬剤師としての過去の実績を記入してください。(複数ある場合は、直近の実績のみで結構です。)

年月日	他の指定自立支援医療機関名	
〇. 〇. 〇	有限会社▲▲薬局 〇〇店 管理薬剤師 (常勤)	静岡市葵区〇—〇
〇. 〇. 〇		

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

医療機関名		静岡〇〇総合病院			
設備 (主要なもの)	品目	数量	品目	数量	
		手術室 (クリーンルーム)	1		
	CT	1			
	MR I	1			
	けん引手術台	1			
	骨接合器械セット	1			
	平行棒 (3.5m)	1			
	電気治療器	2			
	X線	2			
体制	医師 (常勤) 1名 臨床工学士 (常勤) 5名 看護師 (常勤) 5名 看護師 (非常勤) 5名 ・ 緊急時・時間外の連絡体制確保 ・ 血液浄化療法に関する機器並びに専用のスペース有り				
	カウンセリング実施体制	医療ソーシャルワーカー	人数	1名	

静岡県指定自立支援医療機関指定等取扱要綱別表第1第2～3条に記載されている、自立支援医療を行うために必要な設備を記入してください。

静岡県指定自立支援医療機関指定等取扱要綱別表第1第2～3条に記載されている、自立支援医療を行うために必要な体制を記入してください。

各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフの体制について記入してください。

(備考) 設備・体制の状況がわかる施設の見取図を添付し、寸法を表記してください。

専用のスペースが確保されていること等を確認します。

調剤のために必要な施設、設備及び体制の概要

薬局の名称	静岡〇〇薬局			
調剤室の構造	軽量鉄骨造	調剤室の面積	30.05 m ²	
主たる設備	品 目	数量	品 目	数量
	全自動調剤散薬分包機	1	静岡県指定自立支援医療機関指定等取扱要綱別表第1第2～3条に記載されている、自立支援医療を行うために必要な設備を記入してください。(薬局等構造設備規則(昭和36年2月厚生省令第2号)に掲げる以外のものがある場合に、その主たるものを記入してください。)	
	軟膏練り機	1		
	散薬監査システム	1		
	電子秤	1		
体 制	管理薬剤師 (常勤) 1名 勤務薬剤師 (常勤) 3名 勤務薬剤師 (非常勤) 2名	静岡県指定自立支援医療機関指定等取扱要綱別表第1第2～3条に記載されている、自立支援医療を行うために必要な体制を記入してください。		
	・待合スペース、相談スペース あり ・緊急時、時間外の緊急電話は、管理薬剤師の携帯電話に転送設定。	麻薬小売業免許が「無」、認定薬剤師数が「0人」の場合、指定後にその配慮に努めるようお願いいたします。		
麻薬小売業免許の有無 (取得年月日)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 (令和4年 1月 1日)			
公益社団法人薬剤師認定制度認証機構 (CPC) の認証を受けた実施機関の認定薬剤師数	1 人 (※当薬局に勤務する認定薬剤師数)			

「有」の場合は、麻薬小売業免許証の写しを添付してください。

(備考) 1 薬局の見取図(寸法記載)を添付してください。(出入口ほか通路の幅も記載してください。)

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年2月厚生省令第2号)に掲げる以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載してください。

3 麻薬小売業免許の写しを添付すること。

通路、待合室など、身体障害に配慮した設備構造等が確保されていることを確認します。

様式第7号の3 (用紙 日本産業規格A4縦型)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

訪問看護ステーション等の名称	訪問看護ステーション〇〇
職 種	定 数
看護師 (常勤)	3名 (常勤換算3人)
看護師 (非常勤)	2名 (常勤換算0.52人)
理学療法士 (常勤)	1名 (常勤換算1人)

「職種」は、「常勤」「非常勤」に分けて記入してください。
また、定数は、変更後の「実人数」及び「常勤換算人数」の両方を記入してください。

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載してください。

(表)

心臓移植に関する医療用

様式第8号の1 (用紙 日本産業規格A4縦型)

心臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績

医療機関名	静岡〇〇総合病院		主として 担当する医師	静岡 次郎	
期 間	症例数	実施医療機関等		備 考	
年月日 年月日		心臓移植後の抗免疫療法		(国名等)	
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	〇〇大学医学部附属病院		日本	
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院		日本	
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■ General Hospital		アメリカ合衆国	
～					
～					
～					
～					
年月日 年月日		心臓移植		(国名等)	
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	〇〇大学医学部附属病院		日本	
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院		日本	
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■ General Hospital		アメリカ合衆国	
～					
～					
～					
～					

これまでに「心臓移植後の抗免疫療法」及び「心臓移植」を実施した期間と症例数を直近時から遡って記載してください。
 なお、移植関係学会合同委員会において心臓移植実施施設として選定された施設で、「心臓移植術」及び「心臓移植術後の抗免疫療法」に関する臨床研修等の経験がある場合には、記載しても差し支えありません。

国外の医療機関を記載する場合には、備考欄に国名をあわせて記載してください。

(表)

心臓移植に関する医療用

様式第8号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

心臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	■■■病院	連携する 医 師	静岡 花子
期 間	症例数	実施医療機関等	備 考
年月日 年月日		心臓移植後の抗免疫療法	(国名等)
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	〇〇大学医学部附属病院	日本
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院	日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■■大学病院	日本
～			
～			
～			
～			
～			
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	心臓移植 〇〇大学医学部附属病院	(国名等)
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院	日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■■大学病院	日本
～			日本
～			
～			
～			
～			

様式第8号の1と同様に、「心臓移植に関する医療」について連携する医師の臨床実績を記入してください。

連携する医師の経歴	生年月日	昭和〇年〇月〇日	学 位	博士
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	
平成〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日	〇〇大学医学部附属病院入職 〇〇大学医学部附属病院退職 ■■■病院入職		師事した指導者：▲▲病院 ▲▲医師 学位論文：▲▲に関する基礎的研究	

人工透析に関する専門研修実績・臨床実績

医療機関名 静岡〇〇総合病院
氏名 静岡 次郎

1 専門研修

(1) 研修期間

自 平成〇年 〇月 〇日
至 平成▲年 ▲月 ▲日

(2) 医療機関及び指導医

〇〇大学医学部附属病院 ■■ ■■医師

2 臨床実績

期 間	患者数	回数	医 療 機 関 名 等
年 月 ~ 年 月	人	回	
平成〇年〇月~平成〇年〇月	500	18,000	〇〇大学医学部附属病院
平成▲年▲月~平成▲年▲月	500	18,000	▲▲病院 腎臓内科
平成■年■月~令和■年■月	1000	36,000	■■クリニック
年 月 ~ 年 月			

これまでに人工透析に関する臨床を実施した
期間、患者数及び回数を直近時から遡って記
載してください。

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) (平成〇年度研修)

(2) 無

腎移植に関する医療用

腎移植に関する臨床実績

医療機関名	静岡〇〇総合病院	主として 担当する医師	静岡 次郎
期間 年月日～年月日	実施医療機関名	腎移植の症例数	備考
平成〇年〇月〇日 ～平成▲年▲月▲日	〇〇大学医学部附属病院	10	
平成▲年▲月▲日 ～令和■年■月■日	▲▲病院	5	

これまでに腎移植に関する臨床を実施した期間、実施医療機関名及び症例数を直近時から遡って記載してください。

(表)

小腸に関する医療用

様式第8号の5 (用紙 日本産業規格A4縦型)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績

医療機関名		静岡〇〇総合病院		主として担当する医師		静岡 次郎	
医療機関名	期間	中心静脈栄養法症例数		備考			
		うち在宅中心静脈栄養法症例数					
主たる担当医師の中心静脈栄養法症例数	年月日 年月日 平成〇年〇月〇日～ 平成〇年〇月〇日	50	0				
	〇〇大学医学部 附属病院						
	平成▲年▲月▲日～ 平成▲年▲月▲日	100	10				
	▲▲総合病院						
	平成■年■月■日～ 平成■年■月■日	50	0				
	■■病院						
	～ ～ ～ ～ ～ ～						
主たる担当医師の経腸栄養法症例数	年月日 年月日 平成〇年〇月〇日～ 平成〇年〇月〇日	50		<p>これまでに「中心静脈栄養法」及び「経腸栄養法」を実施した期間、実施医療機関名及び症例数を直近時から遡って記載してください。</p> <p>※同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度症例と数えて差し支えありません。</p> <p>※中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として形状してください。なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないでください。</p>			
	〇〇大学医学部 附属病院						
	平成▲年▲月▲日～ 平成▲年▲月▲日	100					
	▲▲総合病院						
	平成■年■月■日～ 平成■年■月■日	50					
	■■病院						
	～ ～ ～ ～ ～ ～						

中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については、所定の欄に再掲してください。

これまでに「中心静脈栄養法」及び「経腸栄養法」を実施した期間、実施医療機関名及び症例数を直近時から遡って記載してください。
※同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度症例と数えて差し支えありません。
※中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として形状してください。なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同日ないし翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないでください。

規定の症例数（中心静脈栄養法 20 例以上、経腸栄養法 10 例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付してください。

(表)

肝臓移植に関する医療用

様式第8号の6 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績

医療機関名	静岡〇〇総合病院	主として 担当する医師	静岡 次郎
期 間	症例数	実施医療機関等	備 考
年月日 年月日		肝臓移植後の抗免疫療法	(国名等)
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	〇〇大学医学部附属病院	日本
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院	日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■ General Hospital	アメリカ合衆国
～			
～			
～			
～			
年月日 年月日		肝臓移植	(国名等)
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	10	〇〇大学医学部附属病院	日本
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	20	▲▲総合病院	日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	10	■■ General Hospital	アメリカ合衆国
～			
～			
～			
～			

これまでに「肝臓移植後の抗免疫療法」及び「肝臓移植」を実施した期間と症例数を直近時から遡って記載してください。
 なお、移植関係学会合同委員会において肝臓移植実施施設として選定された施設で、肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合には、記載しても差し支えありません。

国外の医療機関を記載する場合には、備考欄に国名をあわせて記載してください。

(表)

肝臓移植に関する医療用

様式第8号の7 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	■■■病院	連携する 医 師	静岡 花子	
期 間	症例数	実施医療機関等		備 考
年月日 年月日				(国名等)
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	100	肝臓移植後の抗免疫療法 〇〇大学医学部附属病院		日本
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	200	▲▲総合病院		日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	100	■■■大学病院		日本
～				
～				
～				
～				
～				
年月日 年月日		肝臓移植		(国名等)
平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日	10	〇〇大学医学部附属病院		日本
平成▲年▲月▲日～平成▲年▲月▲日	20	▲▲総合病院		日本
平成■年■月■日～平成■年■月■日	10	■■■大学病院		日本
～				
～				
～				
～				
～				

様式第8号の6と同様に、「肝臓移植に関する医療」について連携する医師の臨床実績を記入してください。

連携する医師の経歴	生年月日	昭和〇年〇月〇日	学 位	博士
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	
平成〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日	〇〇大学医学部附属病院入職 〇〇大学医学部附属病院退職 ■■■病院入職		師事した指導者：▲▲病院 ▲▲医師 学位論文：▲▲に関する基礎的研究	

歯科矯正に関する臨床実績

医療機関名	静岡〇〇総合病院	主として 担当する医師	静岡 次郎
期間 年月日～年月日	実施医療機関名	口蓋裂の歯科矯正 症例数	備考
平成〇年〇月〇日 ～平成▲年▲月▲日	〇〇大学医学部附属病院	100	
平成▲年▲月▲日 ～令和■年■月■日	▲▲病院	50	

これまでに「歯科矯正に関する臨床」を実施した期間、実施資料機関名及び症例数を直近時から遡って記載してください。

様式第8号の9 (用紙 日本産業規格A4縦型)

- ・眼科
 - ・耳鼻咽喉科
 - ・口腔
 - ・整形外科
 - ・形成外科
 - ・中枢神経
 - ・脳神経外科
 - ・心臓血管外科
 - ・免疫
- に関する医療用

当該医療に関する臨床実績 (その他医療)

医療機関名	静岡〇〇総合病院	主として 担当する医師	静岡 次郎
主たる担当医師の当該医療にかかる臨床の症例数		600	
臨床 症例 の内 訳	臨床区分	実施期間	症例数
	人工膝関節置換術	平成〇年〇月〇日～平成▲年▲月▲日	200
	冠動脈バイパス手術	平成〇年〇月〇日～平成▲年▲月▲日	300
	抗免疫療法	平成〇年〇月〇日～平成▲年▲月▲日	100
	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>これまでに実施した医療の臨床区分、実施期間及び症例数を直近時から遡って記載してください。</p> </div>		

(備考) 本様式は、心臓移植に関する医療、腎臓に関する医療、腎移植に関する医療、小腸に関する医療、肝臓移植に関する医療及び歯科矯正に関する医療以外の医療に関して、主として担当する医師の臨床実績について記載してください。