第２号様式(第２条関係)

身体障害者福祉法第１５条指定医師に係る経歴書

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）

期 間	職務内容 (医療機関名、診療科名、勤務形態、職名、研修名等)	経験年数	＊事務局確認欄	
			大学病院	一般病院
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
自　年　月 至　年　月		年　月	年　月	年　月
合 計	年　月	小 計	年　月	年　月

（注意）１　従事した医療機関等の名称、診療科名、勤務形態（常勤・非常勤）、身分（職名）、臨床研修期間及び名称（前期臨床研修、後期臨床研修等）を正確に記載すること。

２　申請する障害区分が**じん臓機能障害**の場合は、人工透析の従事経歴を、**免疫機能障害**の場合は、ヒト免疫不全ウイルス感染者の従事経歴を、以下に記載すること。

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

＊申請者が本人でない場合は、右欄□にチェックの上、本人氏名を記載してください。

□以上の記載に間違いはなく、申請に同意する。

本人氏名