

第一号様式（第三条第一項）

（その二 精神通院医療用）

指定自立支援医療機関指定申請書（病院・診療所用）

年 月 日

千葉県知事 様

医療機関の開設者

住所又は所在地

氏名又は名称

㊟

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59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けたいので、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施行規則第57条第1項の規定により、次のとおり申請します。

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。

1 保険医療機関の名称及び所在地

名 称

郵便番号

所 在 地

電話番号

2 開設者の住所又は所在地、氏名又は名称、生年月日及び職名

住所又は所在地

氏名又は名称

生年月日

職 名

3 標榜している診療科名

4 主として担当する医師の氏名

5 主として担当する医師の経歴（別紙）

※ 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。

※ 主として担当する医師の医師免許証の写しを添付すること。

※ 保険医療機関の指定通知書の写しを添付すること。

別紙

経 歴 書

ふりがな 氏 名	Ⓜ	生年月日	
現住所			
年月日	任 免 事 項		