

第12 参 考 资 料

○ 指定医師について

- ・ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項（抄）

身体に障害のある者は、都道府県知事の定める医師の診断書を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地）の都道府県知事に身体障害者手帳の交付を申請することができる。

- ・ 同条第 2 項

前項の規定により都道府県知事が医師を定めるときは、厚生大臣の定めるところに従い、かつ、その指定に当たっては、社会福祉法第七条第一項に規定する社会福祉に関する審議会その他の合議制の機関（以下「地方社会福祉協議会」という。）の意見を聴かなければならない。

- ・ 身体障害者福祉法施行令第 3 条第 1 項

都道府県知事が法第 15 条第 1 項の規定により医師を指定しようとするときは、その医師の同意を得なければならない。

（注）中核市においては、地方自治法施行令第 174 条の 49 の 4 の定めに基づき、上記条文中、都道府県知事と記載のある箇所については、市長と読み替えること。

- ・ 久留米市社会福祉審議会障害者福祉専門分科会審査部会における審査基準
医師の指定について

身体障害者福祉法第 15 条第 2 項に基づく医師の指定申請がなされた場合における審査基準は次のとおりとする。

- ① 医籍登録後 5 年以上経過していること。
- ② 指定を受ける障害分野に関係のある診療科において実務 3 年以上の経験を有すること。ただし、研修医であった期間この年数に含まれないこと。
- ③ 医師の専門以外の障害分野の指定を希望する場合、担当しようとする障害分野における診療経験について具体的に聴取し、指定の際に考慮するものとする。
- ④ 聴覚障害分野での申請を行う医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医であること。ただし、地域の実情等により専門医でない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合は、聴力測定技術等に関する講習会を受講するなど専門性の向上に努めることを条件として指定を行う。
- ⑤ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害についてはエイズ拠点病院での診療
従事経験があるか、研修を受けていること。ただし、その医師がエイズ拠点病院の医師であって、その医師以外で免疫機能障害分野での指定を受けている医師がおらず、かつ、他に指定を受けるのに適当な経験を持った医師がない場合は、免疫や血液疾患に関する研究、診療経験が 3 年以上あることと、エイズブロック拠点病院での研修を受けることを条件として指定を行う。
- ⑥ 原則として一医師一医療機関の指定とする。
- ⑦ 指定に当たっては地域の必要性を勘案すること。

久留米市身体障害者福祉法指定医師指定手続要領

第1 目的

この要領は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条第2項の規定による医師の指定事務に関し、手続及び審査の方法について定め、適正かつ円滑な指定を行うことを目的とする。

第2 指定事務

1 指定申請

法第15条第2項の規定による医師の指定（以下「指定」という。）を申請しようとする者は、「身体障害者福祉法による指定医師申請書」及びその他必要な書類を市長に提出するものとする。

また、担当する障害分野を追加するときは「指定医診断項目変更申請書」及びその他必要な書類を市長に提出するものとする。

なお、各申請書は別に定める。

2 変更、辞退、転入、転出の届出

既に指定した医師に異動があった場合には、随時変更届等（変更届、辞退届、転入届）を提出するものとする。

なお、各届出書は別に定める。

3 社会福祉審議会

市長は、指定を久留米市社会福祉審議会の意見に基づいて行うものとする。

なお、久留米市社会福祉審議会の意見については、障害者福祉専門分科会審査部会（以下「審査部会」という。）の決議を、同審議会委員長の同意をもって同審議会の決議とすることができることとしている。

4 指定通知等

市長は、指定を行ったとき、又は審査の結果不相当と認められたときは、速やかに文書により申請者等へ通知するものとする。

5 指定期日

指定年月日は、審査部会が開催された月の翌月初日とする。

第3 審査基準

1 医師の要件

法第15条第2項により指定されるための医師の要件は次のとおりとする。

- (1) 医籍登録後5年以上であること。
- (2) 指定を受けようとする障害分野に関係ある診療科目について、3年以上の診療従事年数があること。なお、研修医であった期間はこの年数に含まれないこと。
- (3) 各障害分野に関係ある診療科目については別紙のとおりであること。

ただし、平成20年3月31日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き標榜することが認められていることに留意すること。

- (4) 聴覚障害分野での申請を行う医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医であること。

ただし、地域の実情等により専門医でない耳鼻咽喉科の医師又は耳鼻咽喉科以外の医師を指定する場合は、聴力測定技術等に関する講習会を受講するなど専門性の向上に努めることを条件として指定を行う。

- (5) 免疫機能障害分野での申請を行う医師については、エイズ拠点病院での診療経験があること。診療経験がない場合は、エイズブロック拠点病院での研修を受けていること。

ただし、その医師がエイズ拠点病院の医師であって、その医師以外で免疫機能障害分野での指定を受けている医師がおらず、かつ、他に指定を受けるのに適当な経験を持った医師がいない場合は、免疫や血液疾患に関する研究、診療経験が3年以上あることと、エイズブロック拠点病院での研修を受けることを条件として指定を行う。

2 留意事項

医師の要件を判断するにあたっては、次のことに留意すること。

- (1) 経歴書において、申請した障害分野と関係ある診療科目での経験年数を把握し、経歴書で把握できないときは、申請した医師に対して、申請している障害分野の診療経験等について十分な聞き取りを行うこと。
- (2) 診療経験については、障害に係る疾病の治療経験や研究歴があるかどうか確認すること。
- (3) 申請した医師の専門分野以外の障害分野の申請が行われた場合は、その申請した医師の所属する病院が所在する地域にその障害分野の指定医が少なく、専門以外の障害分野であっても指定する必要があると認められるときは、その医師の臨床経験年数を勘案のうえ、診療経験について十分な聞き取りを行ない指定を行うことができる。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

(別紙)

- 1 視覚障害の医療に関係のある診療科名
眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科
※ 眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。
- 2 聴覚障害の医療に関係のある診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科
※ 耳鼻科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。
※ 耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医であることが望ましい。
- 3 平衡機能障害の医療に関係のある診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
- 4 音声、言語機能障害の医療に関係のある診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科
- 5 そしゃく機能障害の医療に関係のある診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科
- 6 肢体不自由の医療に関係のある診療科名
整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科
- 7 心臓機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- 8 じん臓機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科
- 9 呼吸器機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科

- 10 ぼうこう又は直腸機能障害の医療に関係のある診療科名
泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科（婦人科）

- 11 小腸機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科

- 12 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科
※ エイズ治療拠点病院での従事経験があることが望ましい。

- 13 肝臓機能障害の医療に関係のある診療科名
内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

身体障害者福祉法による
指 定 医 師 申 請 書

医療機関名	ふりがな		
所在地	〒 (電話) — —		
医師氏名	ふりがな	年齢	
診療科名			

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を受けたいので申請します。

平成 年 月 日

久留米市長 あて

医師住所

氏名

印

※添付書類

- 1 医師の経歴書（所定様式に限る。）
- 2 医師の免許証（写）
- 3 指定医師担当障害分野調書（別紙1）
- 4 担当障害分野症例数

記入例

様式第1号

身体障害者福祉法による
指定医師申請書

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇〇病院	法人名がある場合は、省略せず記入	
所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3 (電話) 092 - 123 - 4567		
医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太朗	年齢	40
診療科名	内科 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指定を受けたいので申請します。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町3丁目4-5

氏名 久留米 太朗

印

※添付書類

- 1 医師の経歴書（所定様式に限る。）
- 2 医師の免許証（写）
- 3 指定医師担当障害分野調書（別紙1）
- 4 担当障害分野症例数

身体障害者福祉法による
指定医師担当障害分野調書

医療機関名	ふりがな												
所在地	〒 (電話) — —												
医師氏名	ふりがな										年齢		
診療科名													
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	音声言語機能障害	そしゃく機能障害	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	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害

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。

平成 年 月 日

久留米市長 あて

医師住所

氏名

印

記入例

別紙1 (様式第1号添付資料)

身体障害者福祉法による
指定医師担当障害分野調書

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇 医療法人〇〇会 〇〇〇												
所在地	〒 久留米市〇〇町1丁目2- (電話) 0942 - △△												
診療科名	記入できる診療科名は1つ くろめ たろう 久留米 太朗 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	器質性障害	機能障害	機能障害	自由							
						○	○	○	○	○			

1 この欄に記入いただいた分野について指定を行います。
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、その理由を別紙（様式自由）に記載してください。

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 聴覚障害分野での申請を行う医師については、原則として、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医であることとなっています。

5 「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が必要となります。

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。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町3丁目4-5

氏名 久留米 太朗



経 歴 書

(ふりがな) 氏 名	印	(生年月日) 年 月 日		
現 住 所				
所属学会名 認定医等 (所属学会名等 は全て記入して ください。)				
学 位				
医籍登録番号	第 号	取得年月日	年 月 日	
学 歴	大学等名称及び卒業年月 年 月卒業			
医 療 機 関 名	期 間	診 療 科 名	従事した主な専門分野	身 分
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
その他研究、業績等				

- 1 「医療機関名」は、担当しようとする障害分野に関する診療を行った医療機関名を記入してください。
- 2 「診療科名」は、各医療機関において担当した診療科名を記入してください。
- 3 従事した主な専門分野は、担当した診療科において主に従事した分野を記入してください。
- 4 身分は、勤務先における身分（例 医長、医員、講師、助手、研修医等）を記入してください。
- 5 その他研究、業績等には、担当しようとする障害分野に関する論文等があれば記入してください。

記入例

経 歴 書

(ふりがな) 氏 名	くるめ たろう 久留米 太郎	(生年月日) 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
現 住 所	〇〇〇市〇〇〇町3丁目4-5			
所属学会名 認定医等 (所属学会名等 は全て記入して ください。)	日本内科学会、日本呼吸器学会 日本腎臓学会、日本透析医学会		所属している学会、学会認定医・専門医等について、 すべて記入してください。	
	日本内科学会認定医 日本呼吸器学会専門医			
学 位	有 (平成〇〇年〇〇月取得)			
医籍登録番号	第 1234567 号	取得年月日	平成 3 年 5 月 20 日	
学 歴	大学等名称及び卒業年月 〇〇大学〇〇学部 平成 3 年 3 月卒業			
医 療 機 関 名	期 間	診 療 科 名	従事した主な専門分野	身 分
〇〇病院	自 平成 3 年 4 月～ 至 平成 4 年 3 月	内科、循環器科	心臓、じん臓	研修医
××病院	自 平成 4 年 4 月～ 至 平成 5 年 3 月	外科、 リハビリテーション科	外科 (呼吸器)、 リハビリテーション (作業療法)	医員
△△病院	自 平成 6 年 4 月～ 至 平成 8 年 3 月	呼吸器科 循環器科	結核、 心臓、じん臓	医員
□□病院	自 平成 8 年 4 月～ 至 平成 9 年 3 月	内科、循環器科 呼吸器科	心臓、じん臓 呼吸器	医員
〇〇×病院	自 平成 10 年 7 月～ 至 平成 13 年 現在 月	内科、循環器科 外科	心臓 外科 (呼吸器)	院長
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
	自 年 月～ 至 年 月			
その他研究、業績等 主論文 〇〇〇 〇〇〇 副論文 △△△ △△△				
この欄も、必ず記入願います。				

- 「医療機関名」は、担当しようとする障害分野に関する診療を行った医療機関名を記入してください。
- 「診療科名」は、各医療機関において担当した診療科名を記入してください。
- 従事した主な専門分野は、担当した診療科において主に従事した分野を記入してください。
- 身分は、勤務先における身分 (例 医長、医員、講師、助手、研修医等) を記入してください。
- その他研究、業績等には、担当しようとする障害分野に関する論文等があれば記入してください。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する

医師の転入届

医師氏名	ふりがな		指定年月日	年	月	日							
旧 医療機関	名称												
	所在地												
新 医療機関	名称	ふりがな	TEL	-	-								
	所在地	〒											
転入年月日	平成	年	月	日									
診療科名													
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	音声言語機能障害	そしやく機能障害	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	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害

平成 年 月 日

久留米市長 あて

医師住所

氏名

印

注意事項

- 1 この届けは、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出して下さい。
- 2 この届出は、久留米市以外から異動した指定医師についてのみ提出して下さい。
- 3 久留米市内の異動については、医師の変更届を提出して下さい。
- 4 県外からの転入者については、様式第 1 号身体障害者福祉法による指定医師申請書を提出して下さい。

記入例

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の転入届

医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太朗		指定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日									
旧 医療機関	名称	△△△大学病院											
	所在地	△△市△△町1丁目2-3											
新 医療機関	名称	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院 TEL 0942 - 12 - 3456											
	所在地	〒 830-〇〇〇〇 久留米市〇〇〇町4丁目5-6											
転入年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日												
診療科名	整形外科												
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	音声言語機能障害	そしやく機能障害	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	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害
						○							

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

久留米市長 あて

医師住所 久留米市〇〇〇町7丁目8-9

氏名 久留米 太朗



注意事項

- 1 この届けは、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出して下さい。
- 2 この届出は、久留米市以外から異動した指定医師についてのみ提出して下さい。
- 3 久留米市内の異動については、医師の変更届を提出して下さい。
- 4 県外からの転入者については、様式第1号身体障害者福祉法による指定医師申請書を提出して下さい。

久留米市長 あて

医師住所
氏 名



指定医診断項目変更申請書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第9条の規定により、次のとおり申請します。

医療機関名	ふりがな														
所在地	(電話)														
医師氏名	ふりがな									年齢					
診療科名															
追加の指定を受けようとする障害分野に○（辞退は×）を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	音声言語機能障害	そしゃく機能障害	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	能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害
現在、担当している障害分野に○を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	音声言語機能障害	そしゃく機能障害	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	能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害

添付書類

- 1 医師の経歴書（所定の様式のものに限る。）
- 2 担当障害分野症例数（追加の指定を受けようとする障害分野についてのもの。）

久留米市長 あて

医師住所 〇〇市〇〇町3丁目4-5
氏名 久留米 太朗



指定医診断項目変更申請書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第9条の規定により、次のとおり申請します。

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院														
所在地	久留米市〇〇町1丁目2-3 (電話) 0942-△△-××××														
医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太朗									年齢	48歳				
診療科名	内科														
追加の指定を受けようとする障害分野に○(辞退は×)を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	音声言語機能障害	そしゃく機能障害	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	能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害
							×					○			
現在、担当している障害分野に○を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	平衡機能障害	音声言語機能障害	そしゃく機能障害	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	能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害	肝臓機能障害
						○	○	○	○	○					

添付書類

- 1 医師の経歴書（所定の様式のものに限る。）
- 2 担当障害分野症例数（追加の指定を受けようとする障害分野についてのもの。）

久留米市長 あて

医師住所
氏 名

印

指定医医療機関変更届

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関に変更があったので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第10条の規定により、次のとおり届け出ます。

医師氏名	ふりがな		指定年月日
旧 医療機関	名称		
	所在地		
新 医療機関	名称	ふりがな	
	所在地		
変更の理由			
変更年月日			

注意事項

- 1 この届けは、久留米市内における勤務先の医療機関及び医療機関の所在地、名称等が変更の場合に提出してください。
- 2 久留米市以外への異動の場合は、医師の辞退届けを提出してください。

平成 〇〇年 〇月 〇〇日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇市〇〇町3丁目4-5
氏名 久留米 太朗



指定医医療機関変更届

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関に変更があったので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第10条の規定により、次のとおり届け出ます。

医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太朗	指定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
旧 医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院	
	所在地	久留米市〇〇〇町1丁目2-3	
新 医療機関	名称	ふりがな いりょうほうじん△△△かい ×××××びょういん 医療法人△△△会 ×××××病院	
	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 久留米市〇〇〇町4丁目5-6	
変更の理由	勤務先変更		
変更年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		

注意事項

- この届けは、久留米市内における勤務先の医療機関及び医療機関の所在地、名称等が変更の場合に提出してください。
- 久留米市以外への異動の場合は、医師の辞退届けを提出してください。

平成 〇〇年 〇月 〇〇日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇市〇〇町3丁目4-5

氏名 久留米 太郎



指 定 医 辞 退 届

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太郎		指定年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日											
	名称	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院												
医療機関名	所在地	久留米市〇〇町1丁目2-3												
辞退の理由	退職のため													
指定科目又は診療科目	内 科													
担当している 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	音声言語機能障害	そしやく機能障害	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	能障害 ぼうこう又は直腸機 能障害	小腸機能障害	障害 スによる免疫の機能 障害	ヒト免疫不全ウイル スによる免疫の機能 障害	肝臓機能障害
						○	○	○	○	○				