

様式第10号（その1） 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）

指定（変更・更新）申請書（病院又は診療所の場合）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更・更新）申請書 令和 年 月 日 愛媛県知事 中村 時広 様 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 開設者 ○○市○○町○丁目○○番地 氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 医療法人○○ 理事長 愛媛 太郎		
保 険 医 療 機 関	名 称	○○病院
	所 在 地	○○○郡○○○町○○○○
開 設 者	住 所	○○○市○○○町○○丁目○○番地○○
	氏名又は名称	医療法人○○ 理事長 愛媛 太郎
	生 年 月 日	昭和○○年○月○日
	職 名	理事長
標 ぼう して いる 診 療 科 名		眼科、耳鼻咽喉科、外科、整形外科、内科
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、生年月日及び住所		愛媛 花子 昭和○○年○月○日生まれ ○○市○○町○丁目○○番地
自立支援医療を行うための入院設備の定員		15名

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

2 不要の文字は、抹消すること。

3 保険医療機関の「名称」の欄は、正式の名称を記載すること。

4 「標ぼうしている診療科名」の欄は、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の11第1項に掲げられたものとし、多数ある場合の記入順序は、同項の順序によること。

5 「担当しようとする医療の種類」の欄は、次に掲げる医療の種類から希望するものを記載すること。

(1) 眼科に関する医療

- (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
- (3) 口腔外科に関する医療
- (4) 整形外科に関する医療
- (5) 形成外科に関する医療
- (6) 中枢神経に関する医療
- (7) 脳神経外科に関する医療
- (8) 心臓脈管外科に関する医療
- (9) 心臓移植に関する医療
- (10) 腎臓に関する医療
- (11) 腎移植に関する医療
- (12) 小腸に関する医療
- (13) 歯科矯正に関する医療
- (14) 免疫に関する医療

6 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」の欄は、医療の種類ごとに記載すること。

7 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」の欄は、医療の種類ごとに記載すること。

8 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の経歴を記載した書類
- (2) 指定自立支援医療を主として担当する医師の医師免許証又は歯科医師の歯科医師免許証の写し
- (3) 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師が各学会の認定医である場合には、その認定証の写し
- (4) 指定自立支援医療を主として担当する医師又は歯科医師の研究態様に関する証明書
- (5) 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合にあつて、臨床実績等に関する証明書
- (6) 指定自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要を記載した書類
- (7) 心臓移植に関する医療のうち、心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合にあつては、臨床実績等に関する証明書
- (8) 肝臓移植に関する医療のうち、肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合にあつては、臨床実績等に関する証明書
- (9) 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（平成 17 年法律第 123 号）第 59 条第 3 項において準用する同法第 36 条第 3 項各号（第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。）に該当しないことを誓約する書類

(別紙1)

経 歴 書

学 位	学士	ふりがな 氏 名	えひめ はなこ 愛媛 花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日
現住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地				
関係学会 加入状況	日本腎臓学会、日本人工臓器学会 日本透析療法学会、日本泌尿器学会				
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			
昭和〇〇年 3月	××大学医学部 医学科 卒業	(師事した指導者) ××大学 △△教授 (学会に提出した論文) 「□□症の治験例」(平成〇年〇月)			
昭和〇〇年 6月	医師免許取得				
昭和〇〇年 6月	××大学医学部 泌尿器科研修医				
昭和〇〇年 4月	××大学医学部 泌尿器科医員				
平成〇〇年 7月	××大学医学部 泌尿器科助手				
平成〇〇年 4月	××大学医学部 泌尿器科講師				
平成〇〇年 4月	××大学医学部 泌尿器科医長				

注1 経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。

- 2 経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 3 経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (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) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用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、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
 - (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、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は、それぞれの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、〇〇医科大学整形外科週4日（延〇時間勤務）、〇〇病院週2日（延〇時間勤務）等)
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。（例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等）
- 4 経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別（講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等）期間、従事日数（1か月又は1週間あたり）、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書（別紙3）を添付すること。
- 5 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ（別紙4）及び（別紙5）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 6 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、（別紙6）又は（別紙7）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 7 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、（別紙8）又は（別紙9）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品目	数量	品目	数量
設備 (主要なもの)	個人用透析装置	5		
	透析液供給装置	5		
	逆浸透供給装置	1		
	ベッドサイドモニター	5		
体制	医師	常勤2名 非常勤1名		
	看護師	10名		
	臨床検査技師	1名		

注 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名 ○○病院

氏名 愛媛 花子

- 1 研究テーマ 透析患者に関する尿路腫瘍に関する研究
- 2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 平成△年1月1日

6月間(1週 6日 44時間)

至 平成○年6月30日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年7月1日

11月間(1週 6日 44時間)

至 平成×年5月31日

- 3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 腎移植におけるウイルス感染症対策

副論文 尿道拡張刺激に対する膀胱収縮反応について

尿酸膀胱結石を合併した腎性低尿酸血症の1例

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和○○年 ○月 ○日

大学名 ××大学医学部

氏名 教授 △△ ○○ ※署名又は記名押印

注 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名 ○○病院

氏 名 愛媛 花子

1 専門研修

(1)研修期間

自 平成○○年 ○月 ○日

至 平成○○年 ○月 ○日

(2)医療機関及び指導医

○○大学病院 △△ ○○医師

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
平成○年○月～平成△年△月	人 10	回 30	○○大学病院
平成○年○月～平成×年×月	30	800	××病院
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) (平成○○年度研修)

(2)無

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和○年○月○日

医療機関名 ××大学医学部

氏 名 教授 △△ ○○ ※署名又は記名押印

注 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙10)

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）の規定に該当しない旨の誓約書

令和〇〇年△△月□□日

愛媛県知事様

開設者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
（事業者） 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

医療法人〇〇 理事長 愛媛 太郎

下記に掲げる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3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定に該当しないことを誓約します（役員含む）。

記

【誓約項目】

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（以下「障害者総合支援法」という。）第59条第3項で準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）に該当しないことを誓約すること。

1 第4号関係

申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、障害者総合支援法その他の法律（児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、介護保険法、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、難病の患者に対する医療等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律（労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

（裏面へ続く）

4 第6号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、障害者総合支援法の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が障害者総合支援法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。