

様式第15号（第3条関係） 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）変更届出書

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）変更届出書 令和 年 月 日 愛媛県知事 中村 時広 様 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 指定自立支援医療機関の開設者（事業者） 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）		
指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
変更事項	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

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 指定自立支援医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者にあつては、当該指定に係る訪問看護事業又は居宅サービス事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。

4 「委託患者の措置状況」の欄は、既に行つたこと及びこれから行おうとしていることを記載すること。

5 変更前と変更後の記載を明らかにした書類を添付すること。

(別紙 1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
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			

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)								
体 制								

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

氏 名

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 年 月 日

月間（1週 日 時間）

至 年 月 日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

月間（1週 日 時間）

至 年 月 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

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名

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

氏 名

1 専門研修

(1)研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2)医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月 ～ 年 月	人	回	
年 月 ～ 年 月			
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)有 (年度研修)

(2)無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

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 5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年月日 ～ ～ ～	中心静脈栄養法 () () ()	
	年月日 ～ ～ ～	経腸栄養法	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（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すること。
- 4 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（ ）内に再掲すること。
(1) 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ないこと。
(2) 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計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一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こと。
- 5 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙 6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 H P	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	～ ～ ～	心臓移植術 病院 H P	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

（記載要領）

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。
また、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は、記載しても差し支えない。
- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 5 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。
- 6 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙 7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関名		連携する 医師名		
期 間	症例数	実施医療機関名等		備 考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術 病院 HP		(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	～ ～ ～	心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP		(国 名)
連携する医師の経歴 書	生年月日		学位	
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		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 4 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙 8)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 H P	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	～ ～ ～	肝臓移植術 病院 H P	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

（記載要領）

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

また、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は、記載しても差し支えない。

- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

- 5 肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。
- 6 証明者の氏名については、署名又は記名押印とする。

(別紙 9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

連携する 医療機関名		連携する 医師名		
期 間	症例数	実施医療機関名等		備 考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 H P		(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	～ ～ ～	肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 H P		(国 名)
連携する医師の経歴 書	生年月日		学位	
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		

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(記載要領)

- 1 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。
なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。
- 4 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 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） 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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。