第９号様式記入要領

**病院・診療所用（精神通院医療）記入要領（新規）**

１　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

２　（別紙）経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること（主として担当する医師）が複数ある場合には、そのうちいずれか１名について記載）。

1. **医師免許証の写しを添付すること**。また、医師免許取得時期を明記すること。
2. 病院、診療所等医師が勤務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、○○医科大学精神科教室又は○○病院精神科のように記載し、○○医科大学、○○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、申請時点における直近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であっては、申請の対象となる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、○○医科大学精神科週４日（延○時間勤務）等）

３　（誓約書）欠格条項に該当しない旨の誓約書を添付すること。

第９号様式

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書**

**（病院又は診療所）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | 担当者名 |  |
| 医療機関コード |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 標榜している診療科目　※ |  |
| 主として担当する医師の経歴 |  |
|  　　 上記のとおり、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１項の規定による指定自立支援医療機関　（精神通院医療）として指定されたく申請する。 　　　　年　　月　　日 開　　設　　者 住　 所 氏名又は名称 　　　　　　 印 　 大分県知事　　殿 |

* 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療の診療を実施する

診療科目のみを記入すること。

（別紙）

**経　　　歴　　　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふり　　　　がな氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
|  年月日 | 任　　　　免　　　　事　　　　項  |
|  |  |

* 医師免許証の写しを必ず添付すること。