

指定自立支援医療機関指定申請書  
(精神通院医療 病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	やまがたメンタルクリニック
	所 在 地	山形県山形市松波〇-△
開 設 者	住 所	山形県山形市松波〇-△
	氏名又は名称	医療法人やまがた会理事長 〇〇 〇〇
標榜している診療科目※		精神科、内科
主として担当する医師の経歴		別 紙
<p>指定自立支援医療機関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第59条第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>令和〇〇年 △ 月 □ 日</p> <p>開 設 者 住 所 山形県山形市松波〇-△</p> <p>氏名又は名称 医療法人やまがた会 理事長 〇〇 〇〇</p>		

## 備考

- 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- (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)。
  - 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。
  - 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、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
  - 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を正確に記載すること。
  - 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、延時間数を正確に記載すること。
  - 2以上の施設に兼務する等の場合にあっては、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、〇〇医科大学精神科週4日(延〇時間勤務)等)
- 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を記入すること。