

様式第14号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

山形県知事 殿

申請者 住 所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
氏 名 〇 〇 〇 〇

指定歯科医師指定申請書

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する診断書・意見書を作成する歯科医師として、下記のとおり指定くださるよう、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 従事する医療機関の名称 (医療法人〇〇会 〇〇病院)
- 2 従事する医療機関の住所 (〇〇市〇〇町〇-〇-〇)
- 3 担当診療科目 (歯科)
- 4 口唇・口蓋裂の治療例 (1) 例

歯科、矯正歯科、小児歯科、
歯科口腔外科
のいずれかを記載

様式第15号

同意書

歯科医師氏名	〇〇 〇〇 ※指定を受けようとする歯科医師の指名を記入
医療機関名及び所在地	医療法人△△会 〇〇病院 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
<p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する診断書・意見書を作成する歯科医師として指定されることに同意する。</p> <p>医療機関開設者 医療法人△△会 理事長□□□□</p> <p>歯科医師 〇〇 〇〇</p> <p>※医療機関開設者と申請する医師が同一の場合も両方とも記入をお願いします。</p>	

様式第 1 号の 8

履 歴 書					
歯科医籍登録 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	(ふりがな) 氏 名	〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
本籍	〇〇県△△市□□三丁目 6 番				
現住所	山形県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
最終学歴	平成〇〇年〇〇月 〇〇歯科大学 卒業			※学部卒業までとし、大学院は研究歴にご記入ください。	
加入学会	〇〇〇〇学会				
職歴	年月日	事項 (※勤務病院については所属診療科まで記入してください。)			
	平成〇〇年〇月 〇〇年〇月 〇〇年〇月 ～現在に至る	〇〇病院 歯科 △△病院 歯科 □□歯科医院 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ※大学卒業後から現在までご記入ください。 ※病院勤務の場合は、必ず診療科目を記載して下さい。 </div>			
研究歴	年月日	研 究 内 容			
	平成〇〇年〇月 平成〇〇年〇月	〇〇大学大学院医学研究科修了 (〇〇学講座) 学位論文「〇〇〇〇の〇〇〇〇について」 学会提出論文「△△△の△△△△について」			
指定障害区分に関連のある医療についての経験年数 (注)	歯科〇年		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※4年11月の場合は、4年とご記入ください。 </div>		

(注) 障害区分の医療に関係のある診療科での経験年数とする。

上記内容に相違ありません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

医師氏名 〇 〇 〇 〇