

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届出書
(病院または診療所)

		変更後	変更前
保険医療機関	フリガナ		
	名称		
	所在地		
開設者	住所		
	氏名または名称		
	生年月日		
標榜している診療科名			
主として担当する医師または 歯科医師の氏名および経歴		(別紙 1)	
自立支援医療を行うために必要 な体制および設備の概要		(別紙 2)	
自立支援医療を行うための入院 設備の定員			
<p>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 1 7 年法律第 1 2 3 号）第 6 4 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名または名称</p> <p style="text-align: center;">連絡先 (電話)</p> <p>(あて先) 大 津 市 長</p> <p style="text-align: right;">変更年月日 (年 月 日)</p>			

- (注) 1 育成医療、更生医療のうち該当しない部分を二重線で消去してください。
2 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項にかかる添付書類を省略することができます。

(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 または学会に提出した論文名		

自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要

	品	目	数	量	品	目	数	量
設 備 (主要なもの)								
体 制								

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

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) 医療機関および指導医

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

(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 HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		心臓移植術 病院 HP	(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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、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。

(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）

所属する 医療機関		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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、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。

(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 HP	(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP	(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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、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。

(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）

所属する 医療機関		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 HP	(国 名)
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝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

(記載要領)

- 1 医療機関名は、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。