

(様式第1号)

医師指定申請書

年 月 日

長野市長 あて

医師住所

医師氏名

医療機関名

診療科名

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の
指定申請について

このことについて、次の書類を添付して申請します。

- 1 同意書
- 2 履歴書
- 3 医師免許証(写)

様式第1号（第2条関係）

身体障害者指定医同意書

年 月 日

長野市長 宛

医療機関の名称

医療機関の所在地

医師の氏名

私は、次の科目につき身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意します。

担 当 科 目

(※)

上記について承認します。

医療機関の長

※担当科目は、「視覚障害、聴覚機能障害、平衡機能障害、音声・言語機能障害、そしゃく機能障害、肢体不自由、心臓の機能障害、じん臓の機能障害、呼吸器の機能障害、ぼうこう又は直腸の機能障害、小腸の機能障害、免疫の機能障害、肝臓の機能障害」の中から記載。

