年　　月　　日

　（宛先）富山市長

指定医申請医師　　　　　　　　　　　　㊞

**身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づく医師の指定について**

　身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づく医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の所在地（省略せず、○丁目○番○号のように記載してください）

　〒

　住所　富山市

　電話

３　指定を受けようとする

４　診療科目

５　担当しようとする障害種別（希望する障害種別にチェックを付けてください）

　□ 視覚　　　　　　　□ 聴覚　　□ 平衡　　　□ 音声・言語　　□ そしゃく

　□ 肢体不自由　　　　□ 心臓　　□ じん臓　　□ 呼吸器

　□ ぼうこう又は直腸　□ 小腸　　□ 免疫　　　□ 肝臓

６　添付書類

　(1) 同意書

　(2) 経歴書

　(3) 医師免許証の写し