

年 月 日

(宛先) 富山市長

指定医申請医師

印

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、〇丁目〇番〇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医師氏名
ふりがな

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）

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 視覚 | <input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/> 平衡 | <input type="checkbox"/> 音声・言語 | <input type="checkbox"/> そしゃく |
| <input type="checkbox"/> 肢体不自由 | <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> じん臓 | <input type="checkbox"/> 呼吸器 | |
| <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 | <input type="checkbox"/> 小腸 | <input type="checkbox"/> 免疫 | <input type="checkbox"/> 肝臓 | |

6 添付書類

- (1) 同意書
- (2) 経歴書
- (3) 医師免許証の写し