

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  
規定にもとづく医師の指定について

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項にもとづく医師の指定を受けたいので、  
関係書類を添えて申請します。

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下さい。)

〒

(TEL )

3. 指定を受けようとする<sup>フリガナ</sup>医師氏名

4. 診療科目

5. 担当しようとする障害種別 (※診療科と関係する基準の中から選択して下さい。)

- 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

(添付書類)

- ・ 同意書
- ・ 経歴書
- ・ 医師免許証 (写)