

身体障害者福祉法による
指定医師担当障害分野調書

医療機関名	ふりがな												
所在地	〒 (電話) - -												
医師氏名	ふりがな												
診療科名													
担当しようとする障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡障害機能	音声障害言語障害	機能障害	肢体不自由	心臓機能障害	じん臓障害機能	呼吸器障害機能	ぼうこう又は直腸障害機能	小腸障害機能	ヒト全免疫不全	肝臓障害機能

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として上記の障害分野の指定を受けたいので提出します。

令和 年 月 日

久留米市長 あて

医師住所

氏名

(記入押印又は署名)