

久留米市長 あて

医師住所 〇〇市〇〇町 3 丁目 4-5

氏 名 久留米 太郎 (印)

指定医診断項目変更申請書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第 9 条の規定により、次のとおり申請します。

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇病院												
所在地	久留米市〇〇町 1 丁目 2-3 (電話) 0942-△△-××××												
医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太郎									年齢	48 歳		
診療科名	内科												
追加の指定を受けようとする障害分野に ○ (辞退は ×) を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	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	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能	肝臓機能障害
							×				○		
現在、担当している障害分野に ○ を記入のこと。	視覚障害	聴覚障害	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	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器機能障害	ぼうこう又は直腸機能障害	小腸機能障害	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能	肝臓機能障害
						○	○	○	○	○			

添付書類

- 1 医師の経歴書 (所定の様式のものに限る。)
- 2 担当障害分野症例数 (追加の指定を受けようとする障害分野についてのもの。)