

様式第1号

## 身体障害者福祉法による 指定医師申請書

医療機関名	ふりがな		
所在地	〒		
医師氏名	ふりがな	年齢	
診療科名			

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定を受けたいので申請します。

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)

※添付書類

- 1 医師の経歴書(所定様式に限る。)
- 2 医師の免許証(写)
- 3 指定医師担当障害分野調書(別紙1)
- 4 担当障害分野症例数