

記入例

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 いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院	法人名がある場合は、省略せず記入	
所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3 (電話) 092 - 123 - 4567		
医師氏名	ふりがな くるめ たろう 久留米 太朗	年齢	40
診療科名	内科 記入できる診療科名は1つ		

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町3丁目4-5

氏名 久留米 太朗

(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