

様式第 1 号

身 体 障 害 者 福 祉 法 指 定 医 師 申 請 書

医 療 機 関 の 名 称 及 び 住 所	
開 設 者 の 名 称 又 は 氏 名 及 び 住 所	
標 ぼう し て い る 診 療 科 名	
担 当 し よ う と す る 診 療 科 目	
担 当 し よ う と す る 身 体 障 害 の 種 類	
身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項の規定による指定医師として指定されたく 申請する。 年 月 日 申 請 者 住 所 氏 名 印 松 山 市 長 殿	

*添付書類 同意書（様式第 2 号）・履歴書・医師免許証の写し