

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	
<p>身体障害者福祉法第15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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p> <p>松山市長 殿</p>	

*添付書類 同意書(様式第2号)・履歴書・医師免許証の写し