

(様式1)

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定申請書

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

住所  
申請者  
氏名 印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

医 師 氏 名 (申請者が医師本人で ない場合は押印)	ふりがな	
	(印)	
生 年 月 日	年 月 日	
所属する医療機関	名 称	
	所在地 〒 電話番号 ( )	
担当する障害分野 および診療科名	担当する障害分野	診 療 科 名
医師の経験年数		年
担当する障害分野に関係のある医療についての経験年数		年

注1) 指定を受けようとする医師は、医籍登録後4年以上の者で、担当しようとする障害に関係のある診療について2年以上の経験を有する者であること。

注2) 本申請書には指定を受けようとする医師の履歴書および医師免許証の写しを添付すること。

注3) 申請者は、指定を申請する医師又はその医師が所属する医療機関の長とすること。

注4) 申請内容について確認を要する場合があるため、連絡先を記入すること。

(連絡先が申請する医師となる場合は記入の必要はありません)

【連絡先】

所属・氏名

電話番号