様式1

身体障害者福祉法による医師の指定申請書

年 月 日

徳島県知事 殿

住 所

氏 名

連絡先

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

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____

診療科目 _____

指定を希望する障害の種別（番号に○をつけること。）

1	視覚障害
2	聴覚障害
3	平衡機能障害
4	音声、言語機能障害
5	そしゃく機能障害
6	肢体不自由
7	心臓機能障害
8	じん臓機能障害
9	呼吸器機能障害
10	ぼうこう又は直腸機能障害
11	小腸機能障害
12	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
13	肝臓機能障害

様式2

同 意 書

医 師 の 氏 名	
医 療 機 関 の 所 在 地	
担 当 科 目	
身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に指定されることに 同意します。 年 月 日 医療機関開設者氏名 医 師 氏 名	