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（番号に〇をつけること。）

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式３

履歴書

年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 年　　月　　日生（満　　才） |
| 現住所 |  | 電話 |
| 勤務地住所 |  | 電話 |
| 学位 |  |
| 年月日 | 履歴 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※医師免許証の写しを添付してください。