

第1号様式(第2条関係)

身体障害者福祉法第15条指定医師に係る医師の指定申請書

(申請年月日) 年 月 日

相模原市長 あて

住所
申請者 _____
氏名 _____

身体障害者福祉法第15条に規定する医師の指定を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

医師氏名	ふりがな
生年月日	年 月 日
所属及び所在地	名称
	所在地 〒 電話番号 ()
診療科名	
担当しようとする障害区分 (希望区分を印)	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. ぼうこう又は腸機能障害 11. 小腸機能障害 12. 免疫機能障害* 13. 肝臓機能障害
指定書の送付先及び受取人氏名 (医師本人でない場合に記載)	送付先住所 〒
	受取人氏名
備考	

- (注意) 1 本申請書に、**経歴書(第2号様式)**及び**医師免許証(写し)**を添付すること。
2 申請者が医師本人でない場合は、備考欄に**医師の現住所**を記載すること。
3 すでに他の障害区分で指定を受けている場合は、備考欄に記載すること。
4 担当障害区分が**聴覚障害**の場合は、「**日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医である**」旨を、備考欄に記載すること。

*事務局確認欄 (申請者は記載しないでください)			
医師免許証(写)	有 無	他の障害区分の指定	有 () 無
(聴覚のみ)	有 無	(じん臓・免疫のみ)	有 無
学会認定の専門医	(確認日 年 月 日)	人工透析・免疫の従事経験	