年　　　月　　　日

　八王子市長　殿

ふりがな

氏　　名

指　定　申　請　書

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、下記のとおり指定を受けたいので、申請します。

なお、身体障害者福祉法施行令第３条第１項による医師の指定の同意をします。

記

１　診療科名

２　担当科目

３　診療に従事する医療機関の名称及び所在地並びに電話番号

４　指定を希望する理由

（記入上の注意）

１ 「診療科名」は、主として標ぼうする診療科名１つを記入すること。

２ 「担当科目」は、指定基準の１に掲げるものにより記入すること。

 （例：視覚障害）