

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)