

(様式 1)

(病院勤務医用)

## 申 請 書

令和    年    月    日

堺 市 長 殿

病院の所在地

(TEL)

病 院 名

病 院 長 名

### 身体障害者福祉法による医師の指定について

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医師として下記の者を推薦の上、別紙のとおり申請します。

記

科 担 当 医 師

(様式1)

(個人開業医用)

## 申 請 書

令和    年    月    日

堺 市 長 殿

病院の所在地

(TEL)

病 院 名

病 院 長 名

### 身体障害者福祉法による医師の指定について

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について、別紙の書類を添えて  
申請します。

(様式2)

## 同意書

|                 |  |
|-----------------|--|
| 医師氏名            |  |
| 医療機関名           |  |
| 所在地             |  |
| 担当診療科名          |  |
| 指定を受けようとする障害の種類 |  |

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意します。

令和    年    月    日

医師名