

(様式 1)

(病院勤務医用)

申 請 書

令和〇〇年 〇月 〇日

堺 市 長 殿

病院の所在地	堺市堺区南瓦町3番1号
(TEL)	072-228-0000
病 院 名	医療法人△△会〇〇総合病院
病 院 長 名	院長 堺 一郎

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

整形外科 担当 医師 堺 太郎

(様式1)

(個人開業医用)

申 請 書

令和〇〇年 〇月 〇日

堺 市 長 殿

病院の所在地 **堺市堺区南瓦町3番1号**

(TEL) **072-228-0000**

病 院 名 **〇〇クリニック**

病 院 長 名 **堺 太郎**

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	堺 太 郎
医 療 機 関 名	医療法人△△会〇〇総合病院
所 在 地	堺市堺区南瓦町3番1号
担 当 診 療 科 名	整形外科
指定を受けようとする障害の種類	肢体不自由障害

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。

令和〇〇年 〇月 〇日

医師名 堺 太 郎

