

様式5

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の兼務届

年 月 日			
(あて先) 川崎市長			
住 所 _____			
届出者			
氏 名 _____			
<p>身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として勤務する医療機関について、次のとおり兼務しますので届け出ます。</p>			
フリガナ		生年月日	年 月 日
医師氏名			
発生年月日		年 月 日	
所属 医療 機関	兼 務	名 称	
		所在地	〒 TEL
	本 務	名 称	
		所在地	〒 TEL
診 療 科 目			
担当障害分野		<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害	
備考		指定を受けた自治体名：神奈川県 横浜市 川崎市 横須賀市 相模原市 指定年月日： 年 月 日	
指定内容確認変更書の送付先		〒	

- (注) 1 「担当障害分野」の欄は、該当するものを選び□内に✓を記入してください。
- 2 神奈川県内の他市で指定を受けている場合は、本届に指定書(写)を添付のうえ提出してください。