

身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の指定申請書

年 月 日	
(あて先) 川崎市長	
申請者 住 所 氏 名	
身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、以下記載に間違いなく、同条同項に規定する医師として指定されることに同意します。	
フリガナ	
氏 名	
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
現 住 所	
所属医療機関名	
所属医療機関の所在地	〒 TEL
診 療 科 目	
担当しようとする 障害分野	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 小腸機能障害 ☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 ☐ 肝臓機能障害
指定書の送付先住所及び受取人(医師本人でない場合に記入)	送付先住所 〒 受取人氏名
備考	

注意 1 本申請書には、指定を受けようとする医師の経歴書(様式 2)及び医師免許書(写)を添付してください。
 2 既にはかの障害分野を担当している場合は備考欄に記載してください。
 3 聴覚障害の障害区分を申請する場合は、診療科目の欄に、耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の資格の有無を記載すること。

* 事務局確認欄 (申請者は記載しないでください)			
医師免許証 (写)	有 無	人工透析・免疫 従事経験	有 無
医師の経験年数	年 月 (大学病院等 年 月 / 一般病院 年 月)		
確認事項	有 無	他の障害分野の指定	有 () 無