

様式第1号

年 月 日

岐阜県知事 様

(申請者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定について（申請）

このことについて、次の者を指定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

1 指定希望医師名

2 添付書類

- (1) 医業に従事した経歴を明らかにできる履歴書（様式第2号）
- (2) 医師免許証の写し
- (3) 同意書（第4号様式）
- (4) 耳鼻咽喉科で指定申請する場合は、日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の資格を証明する書面の写し

※ただし、聴覚障害に係る診断書・意見書を作成せず 平衡機能障害、音声・言語機能障害、そしゃく機能障害のみで指定申請する場合は不要

【問い合わせ先】

所 属：

担当氏名：

電話番号：

（この申請は、医療機関の代表者が行って下さい）