

平成 年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

氏 名 印

医 師 指 定 申 出 書

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、山梨県身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により申し出ます。

診療に従事する 医療機関名	
診療に従事する 医療機関の所在地	
担 当 す る 診 療 科 目	
診 察 す る 障 害 の 種 類	肢体・視覚・聴覚又は平衡・音声言語又はそしやく・心臓・ じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓

注 次の書類を添付すること。

- 1 履歴書
- 2 医師免許の写し
- 3 医療機関の同意書