

様式 1

指 定 申 請 書

年 月 日

山口県知事

様

(医師住所)

(医師氏名)

印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の指定申請について
このことについて、下記のとおり申請します。

記

1 従事している医療機関名等

医療機関名	
医療機関の所在地	
従事している診療科名	

2 指定を受けようとする障害区分（従事している診療科名に関連し、診断に関する相当の学識経験を有するものを○で囲む。）

- ・ 視覚障害
- ・ 聴覚障害
- ・ 平衡機能障害
- ・ 音声・言語機能障害
- ・ そしゃく機能障害
- ・ 肢体不自由
- ・ 呼吸器機能障害
- ・ 腎臓機能障害
- ・ 心臓機能障害
- ・ ぼうこう又は直腸機能障害
- ・ 小腸機能障害
- ・ 免疫機能障害
- ・ 肝臓機能障害

3 添付書類

(1) 経歴書

(2) 医師免許証（写）