

様式第1号

# 指定医師申請書

年 月 日

大阪市長 様

医療機関所在地

医療機関名称

医療機関代表者氏名

㊞

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について

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について、下記のことを推薦のうえ申請します。

## 記

ふりがな		年齢	才
医師名			
診療科名		経験年数	年
指定を受けようとする障がいの種類	視覚障がい		じん臓機能障がい
	聴覚障がい		呼吸器機能障がい
	平衡機能障がい		ぼうこう機能障がい
	音声・言語機能障がい		直腸機能障がい
	そしゃく機能障がい		小腸機能障がい
	肢体不自由		免疫機能障がい
	心臓機能障がい		肝臓機能障がい

指定を受けようとする障害の種類に○をつけてください。

「経験年数」には、指定を受けようとする障がいに関する診療科での臨床経験年数を記入してください。