

身体障害者福祉法第15条第1項の 規定による医師指定申請書

- 1 指定を受けようとする医師の氏名
- 2 指定を受けようとする医師の所属及び所在地
- 3 所属する病院が標榜している診療科目名
- 4 指定を受けようとする医師の診療科目

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師として指定して下さるよう下記の関係書類を添えて申請します。

記

- ① 同意書
- ② 履歴書
- ③ 医師免許証の写し (A4判)
- ④ 経歴書

年 月 日

診療所又は病院の名称

〒 ー
所 在 地

電話番号

F A X 番号

申請医師名

印

鹿児島県知事 塩田 康一 殿