**身体障害者福祉法指定医師申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

郡　山　市　長

住　所

申請者

氏　名

　身体障害者福祉法第１５条に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ医師氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務先及び所在地電話番号 |  |
| 診療科目及び担当しようとする障害区分 | 診療科名 | 担当する障害区分 |
|  |  |
| 上記障害に関係ある医療についての経験年数 |  |

○添付書類

　　経歴書　　　　　１通

　　医師免許証（写）　　１通

　　同意書　　　　　１通

※聴覚障害に係る指定を受けようとする場合は、耳鼻咽喉科専門医であることを証明する書類又は聴力測定技術等に関する研修会の修了を証明する書類を添付すること。

【記載例】

**身体障害者福祉法指定医師申請書**

**令和(又は西暦)　○　年　○　月　○　日**

郡　山　市　長

申請者は指定を受けたい医師本人です。

住　所　**福島県郡山市○○町○○番○○号**

申請者

氏　名　**郡山　楽都　　　㊞**

　身体障害者福祉法第１５条に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ医師氏名 | **コオリヤマ　ガクト****郡山　楽都** |
| 生年月日 | **昭和○○年○○月○○日** |
| 勤務先及び所在地電話番号 | **医療法人○○会　○○○病院****福島県郡山市朝日○丁目○番○号　　024-924-2381** |
| 診療科目及び担当しようとする障害区分 | 診療科名 | 担当する障害区分 |
| **小児科** | **肢体不自由・心臓機能障害・呼吸器機能障害** |
| 上記障害に関係ある医療についての経験年数 | **○○年** |

○添付書類

　　経歴書　　　　　１通

　　医師免許証（写）　　１通

　　同意書　　　　　１通

※聴覚障害に係る指定を受けようとする場合は、耳鼻咽喉科専門医であることを証明する書類又は聴力測定技術等に関する研修会の修了を証明する書類を添付すること。