

年 月 日

(あて先) 札幌市長

所在地

(医療機関) 名称

病院長名

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による
医師の指定申請書

このことについて、下記のとおり申請しますので、指定方についてよろしくお願
いたします。

記

1 指定申請医師

(1) 氏 名

(2) 診療科目名

診療科目名は担当する医師が医療機関にお
いて担当する標榜科目を記入してください。

2 担当しようとする医療の種類 (番号に○を付すこと。)

(1) 視覚障害

(2) 聴覚障害

(3) 平衡機能障害

(4) 音声, 言語障害

(5) そしゃく機能障害

(6) 肢体不自由

(7) 心臓機能障害

(8) じん臓機能障害

(9) 呼吸器機能障害

(10) ぼうこう又は直腸機能障害

(11) 小腸機能障害

(12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害

(13) 肝臓機能障害

3 添付書類

① 指定申請者の同意書

② 経歴書

③ 医師免許証 (写)

担当しようとする医療の種類は身体障害者程度
等級表の「障害の種類」の分類に基づいて記入し
てください(「障害の種類」の詳細は「指定申請書・
補足説明」をご覧ください)。なお, 専門分野が複数