

令和 年 月 日

(あて先) 岐 阜 市 長

(申請者)

所 在 地

医療機関名

代表者氏名

㊟

電 話 番 号

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の
指定について (申請)

このことについて、次の者を指定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

1 希望医師名 :

2 添付書類

- (1) 医療に従事した経歴を明らかにできる履歴書
- (2) 医師免許の写し
- (3) 同意書 (別紙のとおり)
- (4) 耳鼻咽喉科で指定申請する場合は、日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の資格を証明する書面の写し

※ただし、聴覚障害に係る診断書・意見書を作成せず 平衡機能障害、音声・言語機能障害、そしゃく機能障害のみで指定申請する場合は上記(4)は不要

(この申請は、医療機関の長が行い、岐阜市医師会を経由すること。)

同意書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意します。

令和 年 月 日

医療機関所在地	
医療機関名称	
医療機関代表者氏名	
電話番号	
ふりがな 医師氏名	⑩
申請科目	

(あて先) 岐阜市長

記

生年月日	年 月 日生 (歳)
本籍	
現住所	
医籍	第 号 年 月 日登録

推薦書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として、上記医師を推薦します。

令和 年 月 日

岐阜市医師会長

⑩

(あて先) 岐阜市長

