年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　殿

申請者　住所

氏名

指　　定　　申　　請　　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をうけたいので関係書類を

添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  ℡（　　　）　　　－ |
|  |  |
|  |  |

 同意書

 添付書類 医師の履歴書

　　　　　　　　　　 各障害種別に係る専門研修・臨床実績証明書

 医師免許の写

 各種学会の認定医、専門医を取得している場合はその写

　注）　「指定をうけたい診療科目」欄は、申請者が主として標ぼうし、かつそれに関して相当の学識経験を有する診療科目名を記載すること。

　　年　　月　　日

大分県知事　　　　　　　　　殿

医療機関の名称

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。　なお、診断書の発行は、指定診療科に関係のある下記障害のみの診断書を交付します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 注）　病院、診療所に勤務する医師にあっては、必ず開設者の同意を要すること。