

記入例

身体障害者福祉法による指定医師
担当障害分野追加(辞退)申請書

医療機関名	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院												
所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町5丁目6-7 (電話) 092 - 123 - 4567												
医師氏名	ふりがな ふくおか いちろう 福岡 一郎										年齢	40	
診療科名	内科												
追加の指定を受けようとする障害分野に○(辞退は×)を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	音声言語障害	機械的障害	肢体不自由	心臓機能	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう直腸障害	小腸機能	ヒト免疫に依る感染症の予防	肝臓機能
							×				○		
現在、担当している障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	音声言語障害	機械的障害	肢体不自由	心臓機能	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう直腸障害	小腸機能	ヒト免疫に依る感染症の予防	肝臓機能
						○	○	○					

担当しようとする障害分野の指定の追加(辞退)を受けたいので申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

福岡県知事 殿

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町3丁目4-5

氏名 福岡 一郎

印

※添付書類

1) 障害追加の場合

- 1 医師の経歴書
- 2 担当障害分野に係る症例数(1障害分野につき1枚)