

身体障害者福祉法による 指定医師申請書

医療機関名	ふりがな		
所在地	〒		
医師氏名	ふりがな	年齢	
診療科名			

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受けたいので申請します。

年 月 日

福岡県知事 殿

医師住所

氏名
(記名押印又は署名)

※添付書類

- 1 医師の経歴書
- 2 指定医師担当障害分野調書
- 3 医師の免許証(写)
- 4 担当障害分野に係る症例数(1障害分野につき1枚)
- 5 同意書
- 6 関係資料

記入例

身体障害者福祉法による 指定医師申請書

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1丁目2-3 (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		

法人名がある場合は、省略せず記入してください

記入できる診療科名は1つ
P4「各診療科で申請可能な障害分野」の一覧から選択してください

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受けたいので申請します。

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**
(記名押印又は署名)

※添付書類

- 1 医師の経歴書
- 2 指定医師担当障害分野調書
- 3 医師の免許証(写)
- 4 担当障害分野に係る症例数(1障害分野につき1枚)
- 5 同意書
- 6 関係資料

学会認定医などの証明書の
写しを添付してください