

身体障害者福祉法指定医師申請書

下記のとおり、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師として指定されたく申請します。

記

- 1 医療機関の名称及び所在地
- 2 開設者の住所及び氏名又は名称
- 3 標榜している診療科名
- 4 担当しようとする診療科名（最も得意とするもの）
- 5 担当しようとする身体障害の種類

※添付書類（同意書、履歴書、医師免許証の写）

平成 年 月 日

指定医師申請者 住所

氏名

⑩

愛媛県知事 中村 時広 様

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 及 び 所 在 地	
担 当 科 名	
身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項に規定する医師として指定される ことに同意する。 平成 年 月 日 医療機関開設者 医 師 ⑩ ⑩	

身体障害者福祉法指定医師変更届

区 分	新	旧
病院又は 診療所の 名 称		
所 在 地		
変 更 年 月 日	平成 年 月 日	

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師の所在地について、上記のとおり変更しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広 様

医師氏名

⑨

身体障害者福祉法指定医師辞退届

身体障害者福祉法第15条第1項の指定による指定医師として指定を受けておりますが、下記のとおり辞退いたします。

記

- 1 医療機関の名称及び所在地
- 2 標榜している診療科名
- 3 担当した診療科名（最も得意とするもの）
- 4 担当した身体障害の種類
- 5 辞退の理由

平成 年 月 日

指定医師申請者 住所

氏名

印

愛媛県知事 中村 時広 様