（申出書様式）

年　　　月　　　日

長崎市長　様

住所

（ふりがな）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

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（申出）

このことについて、関係書類を添えて、次のとおり申し出ます。

１　医療機関の名称及び所在地

　　名　称：

　　所在地：

２　指定を受ける医師の診療科目

３　診断しようとする障害の種別

□視覚　　　　　□聴覚　　　□平衡　　　　□音声・言語　　□そしゃく

□肢体不自由　　□心臓　　　□じん臓　　　□呼吸器　　　　□直腸・ぼうこう

□小腸　　　　　□免疫　　　□肝臓

* 原則一障害分野としますが、審査部会が認めた場合は、この限りではありません。

４　関係書類

□同意書（様式第１号）

□経歴書（付属資料）

□当該医師の医師免許証（写）（Ａ４版）