

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな

氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地

医療機関の名称

所在地 〒

2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号

担当部署

担当者名

電話番号

3 診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

4 指定を希望する理由

添付書類

1 医師詳細経歴書（新規）（別紙）

2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

