身体障害者福祉法第１５条に基づく
医師指定（変更）申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">指定申請する医師</td><td>所属する
医療機関名</td><td></td></tr>
<tr><td>医療機関の
所在地</td><td>〒

TEL　　―　　―</td></tr>
<tr><td>医師氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>医籍登録日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医籍番号</td><td>第　　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">担当している診療科目</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">担当する障害分野
(〇で囲んでください)</td><td>・視覚　・聴覚　・平衡
・音声言語　・そしゃく　・肢体
・心臓　・じん臓　・呼吸器
・ぼうこう　・直腸　・小腸
・免疫　・肝臓</td></tr>
<tr><td colspan="3">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を受けたいので、申請します。

年　　月　　日

（医師の住所）

（医師の氏名）

（あて先）姫路市長</td></tr>
</table>

添付書類

① 同意書　② 履歴書　③ 研究歴等（認定医証等の写し）

④ 医師免許の写し