第４号様式の２（第４条の２関係）

年　　月　　日

　（あて先）甲府市長

住所

氏名

指定申請書

　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 診療に従事する医療機関名 |  |  |
| 診療に従事する医療機関の所在地 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 診察する障害の種類 | 肢体・視覚・聴覚又は平衡・音声言語又は・心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸・小腸・免疫・肝臓 |

　　 添付書類