

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・音声言語又は咀嚼 <sup>そしゃく</sup> ・ 心臓・腎臓・呼吸器・膀胱又は直腸・小腸・ 免疫・肝臓

添付書類