

様式 1 - 1

同 意 書

ふりがな 医師氏名	
医療機関名 及び 所在地	
医療機関が 標ぼうする 診療科名	
診断する 障害の種類	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
<p>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されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>明石市長あて</p> <p style="text-align: center;">医療機関開設者 又は医療機関の長</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

指 定 医 師 履 歴 書

ふりがな 医 師 氏 名		診 療 従 事 場 所		加 入 医 師 会		
指 定 申 請 診 療 科 名		医 師 の 標 ぼう 診 療 科 名		診 療 従 事 年 数		
主 な 経 歴	年 月 日	研 修 及 び 勤 務 場 所	診 療 科 名 等	身 分	勤 務 年 数	備 考
耳鼻咽喉科学会認定の専門医の資格 (ある場合は認定書の写しを添付)			※聴覚障害申請の場合どちらかに○をつけてください。 有 ・ 無			
エイズ拠点病院での従事経験 (ある場合は病院名の記載)			※免疫機能障害申請の場合どちらかに○をつけてください。 有 ・ 無 (病院名 )			
医師免許取得                    年            月            日            第                    号  生 年 月 日                    年            月            日 (            才 )						