（様式第１号）

申　　請　　書

令和　　年　　月　　日

吹田市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　代表者

下記の者について、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く、必要書類を添付し申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師氏名 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 指定を受けようとする  障がいの区分 | １視覚障害　　　２聴覚障害　　　　３平衡機能障害  ４音声言語機能障害　　５そしゃく機能障害  ６肢体不自由　　７心臓機能障害　　８じん臓機能障害  ９呼吸器機能障害　　　10ぼうこう又は直腸機能障害  11小腸機能障害　　12免疫機能障害　　13肝臓機能障害 | |
| 診療科名 |  | |