

記入例

様式第1号（第3条関係）

△△年△△月△△日

申請する医師の住所

(あて先) 旭川市長

住所 旭川市△△条△△丁目△番△△号

病院名 医療法人社団△△会

△△△△△△△△病院

(TEL△△△△-△△-△△△△)

申請する医師の氏名

氏名 △△△ △△△

身体障害者福祉法に基づく指定医師の申請書

このことについて、下記の書類を添えて申請いたします。

記

同意書

経歴書

医師免許証（写）