

様式第 1 号

申 請 書

年 月 日

大阪府知事 様

医療機関の所在地

(TEL)

医療機関名

代表者

身体障害者福祉法による医師の指定について

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師として、下記の者を指定して
くださるよう、関係書類を添えて申請します。

記

医師氏名

担当診療科名