第17号様式（第20条関係）

年　　月　　日

（あて先）八戸市長

申請者　　住　所

氏　名

指定医申請書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として下記のとおり指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定を受けようとする診療科名 | |  |
| 担当しようとする障害の種類 | |  |