第19号様式（第20条関係）

担当しようとする障害の種類

　　　　　　　　　　　 （○印で回答してください。）

ア　視覚障害

イ　聴覚障害

ウ　平衡機能障害

エ　音声機能障害

オ　言語機能障害

カ　そしゃく機能障害

キ　肢体不自由

ク　心臓機能障害

ケ　呼吸器機能障害

コ　じん臓機能障害

サ　ぼうこう機能障害

シ　直腸機能障害

ス　小腸機能障害

セ　免疫機能障害

ソ　肝臓機能障害

　　年　　月　　日

医師氏名