

様式第2号(第3条関係)

身体障害者指定医同意書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

私は、次の科目につき、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されることに同意します。

担当科目

- 1 視覚障害
- 2 聴覚機能障害
- 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 ぼうこう又は直腸の機能障害
- 11 小腸機能障害
- 12 免疫機能障害
- 13 肝臓機能障害

上記について承認します。

医療機関の長