様式第１号（第２条関係）

|  |
| --- |
| **医師指定申請書**年　　月　　日　（宛先）　　松本市長医師住所医師氏名　　　　　　　　　　　医療機関名診療科名身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の指定申請についてこのことについて、次の書類を添付して申請します。　　１　同　意　書　　２　履　歴　書　　３　医師免許証（写） |