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） |