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