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