

参 考 例

番 号
年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

院長名 印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定について（申請）

このことについて、下記担当医師の同意を得たので指定していただきたく関係書類を添え申請します。

記

1 申請担当医師 ○○科 ○○ ○○
(担当科) (担当医師名)

病院名
担当者名
連絡先