

申 請 書

年 月 日

（宛先） 枚方市長

医療機関の所在地

電話

医療機関名

代表者印

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について、下記の者を推薦の
うえ、別紙書類を添えて申請します。

記

医師氏名

担当診療科名