

様式第2号（個人開業医用）

## 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 \_\_\_\_\_ ⑩

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、別紙書類を添えて申請します。

指定を受けようとする障害の部位： \_\_\_\_\_

担当する診療科名： \_\_\_\_\_