

身体障害者福祉法第15条指定医師担当障害分野追加(辞退)届出書

医療機関名	ふりがな		
所在地	〒	(電話)	
指定医師名	ふりがな	年齢	
担当科名			
追加(○)又は 辞退(×)する障 害分野に記入す ること	1 視覚障害 2 聴覚障害 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 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 13 肝臓機能障害		
現在、担当して いる障害分野に ○を記入すること	1 視覚障害 2 聴覚障害 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 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 13 肝臓機能障害		

担当しようとする障害分野の指定の追加(辞退)を受けたいので届出ます。

年 月 日

島根県知事様

指定医師住所

指定医師氏名

【記載上の注意】

○この届出書の提出は、担当する指定診療科の記載可能な障害分野の中での追加(辞退)に限ります。

○聴覚障害の分野を担当しようとする場合は、原則として日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医を指定することとしているので、その認定年月日を次に記載すること。

【認定年月日: 年 月 日】