

様式6

口唇・口蓋裂後遺症等による
そしゃく機能の障害に関する歯科医師申請書

令和 年 月 日

京 都 府 知 事 様

次のとおり、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に対し、診断書・意見書を提出する歯科医師として指定されるよう申請します。

また、指定された場合は、この申請書の記載事項について京都府が公表することに同意します。

(添付書類) 歯科医師免許証の写し 1部、履歴書(様式2による) 1部

担 当 診 療 科	歯 科
-----------	-----

申 請 者

医 療 機 関 の 所 在 地 (※は記入不要)	(〒 —)
	(TEL — —) ※ 医療機関コード
医 療 機 関 の 名 称 及 び 開 設 者 氏 名	医療機関名： 開設者氏名： (印)
フリガナ 申請医師氏名 (※は記入不要)	(印) ※ 指定番号