別紙１

　　年　　月　　日

岐阜県知事　　様

（申請者）

所　在　地

医療機関名

代表者氏名

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する

　　　　　　　　「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師

　の指定について（申請）

このことについて、次の者を指定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

１　指定希望歯科医師名

　　　２　添付書類

　　　　（１）歯科医業に従事した経歴を明らかにできる履歴書（別紙２）

　　　　（２）歯科医師免許証の写し

　　　　（３）同意書（別紙３）

【問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属：

担当氏名：

　電話番号：

（この申請は、医療機関の代表者が行って下さい。）