様式第１４号

年　　月　　日

　　山形県知事　殿

申請者　住　所

氏　名

指定歯科医師指定申請書

　口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する診断書・意見書を作成する歯科医師として、下記のとおり指定くださるよう、関係書類を添えて申請します。

記

　１　従事する医療機関の名称　　　　（　　　　　　　　　　　　　）

　２　従事する医療機関の住所　　　　（　　　　　　　　　　　　　）

　３　担当診療科目　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）

　４　口唇・口蓋裂の治療例　　　　　（　　　　）例