医師宛

第　　　 号

年 月 日

医師意見書作成依頼書

○○市（町村）長　印

**固定文言１＋編集１**

次の者について同封の「医師意見書」を記入のうえ、令和　年　月　日までにご返送ください。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 申請者番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 〒 |  | 電話番号 |
|  | | |
|  | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |