|  |  |
| --- | --- |
| 航空身体検査指定機関指定申請書  年　　月　　日  国土交通大臣　　　　　　　　　　　殿  名　称  申請者　所在地  開設者又は管理者の氏名  航空身体検査指定機関の指定を受けたいので申請します。 | |
| 実務管理者役職及び氏名 |  |
| 身体検査の一部は、次のとおり他の医療機関等で実施します。 | |
| １　他の医療機関等で実施する検査項目 |  |
| ２　他の医療機関の名称 |  |
| ３　他の医療機関等の所在地 |  |
| ４　他の医療機関等の開設者の役職及び氏名 |  |
| ５　他の医療機関等の管理者の役職及び氏名 |  |