

同 意 書

医 師 氏 名																			
医 療 機 関 名																			
所 在 地 名										*									
担 当 科 目																			
		*				*					*								
<p>身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">医療機関開設者</p> <p style="margin-left: 200px;">医 師</p>																			

(注) *欄は、記入しないこと。