

様式第2号（第4条関係）

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 〒 ・ 所 在 地 電 話 番 号	
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>令和 年 月 日</p> <p>医療機関開設者 氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>医 師 氏 名 <span style="float: right;">印</span></p>	