

様式第 1 号

同 意 書

医 師 氏 名

医 療 機 関 名
及 び 所 在 地

担 当 診 療 科

上記の者が、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。

平成 年 月 日

医 療 機 関 の 長 (印)

※注 指定申出医師と医療機関の長とが同一人物の場合も、申出書に添付してください。