

(様式第 3 号)

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名	
所 在 地	
担 当 診 療 科 名	
指定を受けようと する障害の種類	

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します。

年 月 日

医師氏名

印