

同意書

医師氏名	
医療機関名 及び 所在地名	
担当科名	
<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>平成 年 月 日</p> <p>医療機関開設者 氏 名 印</p> <p>医 師 氏 名 印</p>	