

記入例

同意書

医師氏名	〇〇 〇〇
医療機関名 及び所在地名	〒〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3 法人〇〇会 〇〇病院 (電話)092-123-4567
担当科目	内 科

法人名がある場合は省略せず記入

記入できる診療科目は1科目

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。

法人の場合は、理事長印や院長印など法人の代表者印を押印してください(代表個人の私印は不可です)。

令和 年 月 日

医療機関開設者
職名及び氏名

印

医師氏名 (申請者)

印