

同意書

医師氏名	
医療機関名 及び所在地名	〒 (電話) — —
担当科目	

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。

年 月 日

医療機関開設者氏名

(記名押印又は署名)

医 師 氏 名

(記名押印又は署名)

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。

法人で記名押印の場合は、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)。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関開設者氏名

(記名押印又は署名)

医 師 氏 名 福岡 一郎

(記名押印又は署名)