様式第２号（第４条関係）

同　　　　　　意　　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名 〒・所在地  電話番号 |  |
| 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。    令和　　年　　月　　日  医療機関開設者　　氏　名　　　　　　　　印　 印  医　　　　　師　　氏　名 | |