

様式第2号

同意書

医師氏名

医療機関

所在地

診療科

経過年数

指定を受けようとする障がいの種類

既指定の有無
(直近)

指定者 知事・市長
医療機関名 所在地 市・町・村
障がいの種類
指定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

身体障害者福祉法第15条第1項の規定によ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