

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)

<u>指定者</u>	知事・市長
<u>医療機関名</u>	<u>所在地</u> 市・町・村
	<u>障がいの種類</u>
<u>指定期間</u>	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。

平成 年 月 日

医師氏名

印