様式第4号(第5条関係)

同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 | 　 |
| 医療機関名および所在地 | 　 |
| 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　医師　　氏名　 |

備考　履歴書および医師免許証写しを各1部添付すること。