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。