

(様式2)

同 意 書

医 師 氏 名		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
診 療 科 目		
担 当 障 害 種 別		
<p>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します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 浜松市長</p> <p>医療機関開設者 (署名又は記名押印)</p> <p>医 師 氏 名 (署名又は記名押印)</p>		