

同 意 書

ふりがな													
指定医師													
医療機関名													
医療機関 の所在地													
診療科目													
希望する障害分野 に○を記入のこと	視 覚	聴 覚	平 衡	音声・言語	そ し ゃ く	肢 体 不 自 由	心 臓	じ ん 臓	呼 吸 器	ぼ う こ う ・ 直 腸	小 腸	免 疫	肝 臓

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師として指定されることに同意します。

年 月 日

医 療 機 関 名 _____

開 設 者 また は
管 理 者 の 氏 名 _____

医 師 氏 名 _____