

第1号様式（第3関係）

同意書

医師氏名

(印)

医療機関名称  
医療機関の所在地

担当診療科

上記の者が、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

医療機関の長

(印)