

# 同意書

医師氏名	
医療機関名 及び所在地	
担当診療科名	
<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 style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関開設者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>医師氏名 <span style="float: right;">印</span></p>	