

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
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>開設者または管理者の氏名 _____ 印</p> <p>医師氏名 _____ 印</p>													

同意書

記入例

ふりがな	しが たろう												
指定医師	滋賀 太郎												
医療機関名	医療法人〇〇会 △△病院												
医療機関の所在地	〇〇市〇〇町1丁目1番地1												
診療科目	内科												
希望する障害分野 に〇を記入のこと	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
						○	○	○					
<p>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。</p> <p>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>医療機関名 <u>医療法人〇〇会 △△病院</u></p> <p>開設者または管理者の氏名 <u>近江 太郎</u> 印</p> <p>医師氏名 <u>滋賀 太郎</u> 印</p>													