

別紙 1

同 意 書

医 師 氏 名	○ ○ ○ ○ ※指定を受けようとする医師の氏名を記入
医療機関名及び所在地	○○○○病院 山形市○○町△—△—△
担 当 科 目	内科 ※指定申請書の3（主として担当する診療科目）と一致すること
<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する。</p> <p>○○年 ○○月 ○○日</p> <p>医療機関開設者 医療法人△△会理事長 □□ □□</p> <p>医 師 ○ ○ ○ ○</p> <p>※医療機関開設者と申請する医師が同一の場合も両方とも記入をお願いします。</p>	

備考 署名した場合は、押印を省略することができる。