同　　意　　書

年　　月　　日

　福　島　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　　　開設者又は管理者

　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名

　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として下記のとおり指定されることに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関の名称  及びその所在地 |  |
| 診療科名 |  |