

同 意 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金 沢 市 長

(医療法人等名) 〇〇病院
医療機関開設者
(代表者) 院長 石川 一郎
同 意 医 師 金 沢 太 郎

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。

記

医 師 氏 名	金 沢 太 郎
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	〇〇病院 金沢市広坂1-1-1
担 当 科 目	内 科

(上記の件の問い合わせ先)

部署 総務課 担当 〇〇〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇