

同 意 書

年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

(医療法人等名)

医療機関開設者

(代表者)

同 意 医 師

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	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目	科

(上記の件の問い合わせ先)

部署

担当

電話