

(様式2)

同 意 書

医 师 氏 名		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
診 療 科 目		
担 当 障 害 種 別		
<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します。</p>		
年 月 日		
(あて先) 浜松市長		
医療機関開設者		
医 师 氏 名		