

同 意 書

年 月 日

石川県知事 殿

(医療法人等名)
医療機関開設者 (代表者)

同 意 医 師 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、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