

同 意 書

年 月 日

函館市長 様

医 師 の 氏 名

診療に従事する医療
機関の開設者の氏名

(法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

次のとおり身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定を受けることに同意します。

担 当 す る 診 療 科 名		
診療に従事する 医療機関	名 称	
	所 在 地	

添付書類

- 1 医師免許証の写し
- 2 経歴書