様式第５号（第４条関係）

指定医同意書

　鳥取市長　様

　次のとおり、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。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属する病院等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 開設者の同意 | 　上記指定に同意します。　　　　年　　月　　日　　　　　　医療機関開設者　　　　　　　　　　 |
| 　 | 氏名又は名称及び代表者の氏名 | 　　　　　　　　　　㊞ |
| 　 |

　注　医師氏名については、自署に限り押印省略ができます。