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。