

## 同意書

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

医療機関所在地	
医療機関名称	
医療機関代表者名	
電話番号	
ふりがな 医師氏名	
申請科目 (1科目のみ)	

岐阜県知事様

記

生年月日	昭・平 年 月 日生 ( 歳)
住所	
医籍	第 号 年 月 日登録

## 推薦書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として、上記医師を推薦します。

年 月 日

(地域医師会名)

医師会長 印

岐阜県医師会長 印

岐阜県知事様