

第4号様式（第6条関係）

年 月 日

岐阜県知事 様

医療機関開設者

医 師

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を同意します。

医療機関名及び 所在地名	
担当科目	

注：担当科目は1診療科目としてください。