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。