別紙３

年　　月　　日

岐阜県知事　　様

医 療 機 関 開 設 者

歯　 科 　医　 師

同　　　　　　意　　　　　　書

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科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 |  |
|  |  |