

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
診 療 科	
担 当 障 害 区 分	

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。

なお、診断書は、指定診療科に関係のある上記担当障害区分に関するもののみ交付します。

年 月 日

(宛先) 富山市長

医療機関開設者氏名

㊟

医 師 氏 名

㊟