**同意書**

令和　　　年　　　月　　　日

　郡　山　市　長

医療機関の名称

開設者又は管理者

医師氏名

　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として下記のとおり指定されることに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関の名称及びその所在地 |  |
| 診療科名 |  |

【記載例】

**同意書**

**令和　○　年　○　月　○　日**

　郡　山　市　長

医療機関の名称　　**医療法人○○会　○○○病院**

開設者又は管理者　　**院長　○○　○○**

医師氏名　　**郡山　楽都**

　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として下記のとおり指定されることに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 | **郡山　楽都** |
| 医療機関の名称及びその所在地 | **福島県郡山市朝日○丁目○番○号****医療法人○○会　○○○病院** |
| 診療科名 | **小児科** |