様式第10号(第６条関係)

年　　月　　日

　　　高知市長　　　　　様

医療機関開設者の
氏　名　又　は　名　称※

医　師　の　氏　名※

※本人が手書きしない場合は，記名押印してください。

身体障害者指定医同意書

　　下記のとおり，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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の氏名 |  |
| 医療機関の名称及び所在地 |  |
| 担当科目 |  |