様式第１２号

同　　意　　書

年　　月　　日

（あて先）

　仙　　台　　市　　長

医療機関

開設者

（ふりがな）

指定医師名

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として

指定されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　氏　名 |  |
| 医 療 機 関 名  及 び 所 在 地 | 〒  TEL 　　　（　　　） |
| 担 当 診 療 科 名 |  |