同　　意　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 担当診療科名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診断しようと  する障害種別  （希望されている種別に○） | | 視覚 | 聴覚 | 平衡 | 音声･言語 | そしゃく | 肢体 | 心臓 | じん臓 | 呼吸器 | ・直腸  ぼうこう | 小腸 | 免疫 | 肝臓 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。  　　年　　月　　日  　岡山市長　　様   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 医 療 機 関 名 |  |  | | 開設者、管理者  又は代表者氏名 |  | | 医　師　氏　名 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |