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 |  |  |

 |