記入例

様式第２号（第３条関係）

同　　意　　書

△△年△△月△△日

（あて先）旭　川　市　長

指定を受けようとする医師と医療機関の開設者の連名で作成いただきます。
なお，開業医の場合でも，同意書の作成をお願いします。

医師の氏名　△△△　△△△

診療に従事する医療機関の開設者　**医療法人社団△△会**
△△△△△△△△△病院
院長　△△△　△△△

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師に指定されることに同意します。

診療に従事する医療機関名	名称	**医療法人社団△△会** **△△△△△△△△△病院**
	所在地	**旭川市△△条△△丁目△番△△号**
	標榜診療科	**□□□□科，□□□□科，□□□□科**
指定を同意する医師の担当診療科	**□□□□科**	

従事する医療機関で標榜している診療科を全て記入願います。

指定を受ける診療科を記入願います。