（様式第２号）

同　　意　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当診療科名 |  |
| 指定を受けようと  する障がいの種類 |  |

　　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

医師氏名

（署名又は記名押印）

※身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師に認定された方におかれましては、吹田市のホームページにおいて指定医師の属する医療

機関や氏名、診療科名を公開させていただきます。