第18号様式（第20条関係）

年　　月　　日

（あて先）八戸市長

申請者　　住　所

氏　名

同　意　書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として下記のとおり指定されることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 指定を受けようとする診療科名 |  |
| 担当しようとする障害の種類 |  |