身体障害者福祉法施行細則別記様式第２号様式（第５条関係）

同　　意　　書

年　　月　　日

北海道知事　様

従業場所
（名　称）

（所在地）

氏　名　　㊞

診　療　科
身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師（　　科）となることに同意します。