　　　　　　　　　　　　　　　同　　意　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

北海道知事　様

　　　　　　　　　　　　従業場所（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　 （所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

　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。