様式第２号（第３条関係）

同　意　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 医療機関名 |  | |
| 電話・郵便番号 | （　　　　）　　　－ | 〒  － |
| 住所 |  | |
| 診療科目 |  | |
| 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する。  年　　　月　　　日  医療機関開設者  氏　　　　　名  医　師　氏　名  佐　世　保　市　長　様 | | |

（付属資料）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 医療機関  の所在地 | |  | |
| 医師の氏名 |  | 診療科目 | |  | |
| 最終学歴 | 年　　月　　日 | | | | 卒業  修了 |
| 医　師　の　主　な　経　歴 | 経　　　　歴 | 経験年月 | 病院・診療所名及び診療科目 | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 | 年　月 |  | | |
| 合 計 経 験 年 数 | 年　月 |  | | |
| 参考事項 | 年　　月　　医師免許証（　　　　　号）  年　　月　　医学博士 | | | | |

注　１　経歴は研修医より記入して下さい。

２　黒インク又は黒ボールペンで記入して下さい。

※　添付書類　　医師免許証(写)