同　　　　　意　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月　　　日  （ あて先 ）　名　古　屋　市　長  　　　　　　　　　　　　 　医師氏名  　　　　　　　　　　　　 　医療機関  　　　　　　　　　　　　 　開設者氏名  平成15年1月10日付障発第0110002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知による都道府県知事（指定都市市長、中核市市長）の定める口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師として指定されることに同意します。 | |
| 担　当　科　名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者  電 話（　　　　）　　　－ |