様式第１５号

同　　　　　　意　　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師氏名 |  |
| 医療機関名及び所在地 |  |
| 年　　月　　日    口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する診断書・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する。  医療機関開設者  歯　科　医　師 | |