

## 同意書

年 月 日

私は、診療所の新規開設に当たり、佐賀県外来医療計画において定められた外来医師多数区域における不足外来医療機能を担うことについて同意します。

担う予定の外来医療機能 (右記の該当箇所に☑をつける)	① 初期救急	
	<input type="checkbox"/> 在宅当番医	<input type="checkbox"/> 休日急患センターへの出務
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	② 公衆衛生	
	<input type="checkbox"/> 学校医 (園医)	<input type="checkbox"/> 産業医
	<input type="checkbox"/> 乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 予防接種
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	③ 在宅医療	
	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 往診・緊急往診

佐賀県知事 様

開設者住所 \_\_\_\_\_

(法人にあっては主たる事務所の所在地)

開設者氏名 \_\_\_\_\_

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

電話：

FAX：