

別紙3

年 月 日

岐阜県知事 様

医療機関開設者

歯科医師

同意書

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を同意します。

医療機関名及び	
所在地名	