同　意　書

　　年　　月　　日

私は、診療所の開設に当たり、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について協力することに同意します。

佐賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名