年　　月　　日

嘱　託　医　師　承　諾　書

名前

（医療機関の名称　　　　　　　　　　）

　次の助産所の嘱託医師を承諾致します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　助産所の名称 |  |
| ２　所在地 |  |
| ３　開設者 |  |
| ４　管理者 |  |