**指 定 医 師 辞 退 届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 指定医師名 |  | 診　療  科　目 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 辞退の理由 |  | | |
| 身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師について、上記のとおり指定を辞退します。  年　　　月　　　日  指定医師氏名  （届出人氏名）  佐　世　保　市　長　様 | | | |