

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

盛 岡 市 長 様

指定医氏名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を、下記の理由により辞退します。

記

指定医氏名	
診療科名	
医療機関名称 及び所在地	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	