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 |  |