辞　　退　　届

年　　月　　日

　福　島　市　長

住　所

届出者

氏　名

　身体障害者福祉法施行令第３条第２項の規定により、指定医師を辞退したいので下記のとおり届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ医師氏名 |  |
| 医療機関の名称及びその所在地（電話番号） |  |
| 診療科名 |  |
| 辞退の理由 |  |

【備考】

　・届出者は指定医師とすること。ただし、本人が死亡した場合又は市外へ転出した場合等やむを得ないときは代理人又は医療機関の管理者が届け出ること。