

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。 令和 年 月 日 指定医師名 (届出人氏名) 堺 市 長 様			