

指 定 医 師 辞 退 届

医療機関名	医療法人△△会 ○○病院		
所 在 地	堺市堺区南瓦町3番1号		
指定医師名	堺 太郎	診療 科目	整形外科
辞退年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
辞退の理由	退職のため		
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 堺 太郎 (届出人氏名) 堺 市 長 様			