

辞 退 届

年 月 日

(あて先)千 葉 市 長

指定医番号

医 師 氏 名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医 療 機 関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診 療 科	
辞 退 理 由		