

指 定 医 辞 退 届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

千葉市長 様

住所 千葉市中央区千葉港○-○  
※医師本人の住所を記載してください。

氏名 千葉 一郎  
※指定医本人が亡くなっている場合は代理人の氏名を記載してください。

(対象医師氏名)  
※指定医本人が亡くなっている場合は指定医本人の氏名を記載してください。

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辞退したいので、身体障害者福祉法施行令第1条の2第2項の規定により、次のとおり申し出ます。

1 診療に従事する医療機関

名 称 医療法人社団○○会 ○○病院

所 在 地 千葉市美浜区真砂○-○-○

連絡先電話番号 ( 043-○○○-○○○○ )

連絡先電子メールアドレス ( @ )

2 辞退の理由

例: 県外の医療機関へ異動のため。

⑨本人死亡の場合は、代理人等が記入し医師名をその下に記入すること。