

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

千葉市長 様

住所

氏名

(対象医師氏名)

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

所 在 地

連絡先電話番号 (— —)

連絡先電子メールアドレス (@)

2 辞退の理由

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。