

指 定 医 師 辞 退 申 出 書

年 月 日

函館市長 様

申出者

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により指定を辞退したいので、次のとおり申し出ます。

診療に従事する医療機関	名 称	
	所 在 地	
指 定 を 受 け た 診 療 科 名		
指 定 を 辞 退 す る 診 療 科 名		
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		

注 1 指定を受けた診療科名欄は、指定を受けた全ての診療科名を記入してください。

2 指定を辞退する日の60日前までに申し出てください。