年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

 （届出者）

 所在地

 医療機関名

 代表者氏名

 電話番号

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定について（辞退）

 このことについて、身体障害者福祉法施行令第３条第２項の規定により、次のとおり辞退いたします。

記

１　指定医氏名

２　担当科目

３　辞退年月日

４　辞退理由　　　　　　・身体障害者手帳の診断書を作成しない

・岐阜市以外の医療機関へ異動

・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。）

* 届出者が個人の場合は、指定医に対する続柄の記入をお願いします。