令和　　年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

（申請者）

所在地

医療機関名

代表者氏名 　　印

電話番号

　　　　　　身体障害者福祉法第１５条第１項指定医師辞退届

標記について、指定医　　　　　　　　は、下記理由により辞退いたします。

記

１　指定を受けている担当科目

２　指定年月日　　　　　令和　　年　　月　　日

３　辞退年月日 令和　　年　　月　　日

４　辞退理由