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