　　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

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する

「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師の指定について（辞退）

このことについて、次のとおり辞退いたします。

記

１　指定歯科医氏名

２　担当科目

３　辞退年月日

４　辞退理由　　　　　　・「歯科医師による診断書・意見書」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。