第４号様式

|  |
| --- |
| 指定医辞退届年　　月　　日船橋市長　　　あて住所氏名　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定を辞退したいので、身体障害者福祉法施行令第３条第２項の規定により、次のとおり届け出ます｡１．診療に従事する医療機関名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地電話番号２．辞退の理由 |

注：本人死亡の場合は、代理人等が記入し医師名をその下に記入すること