

記入例

第4号様式

指定医辞退届

令和〇年 〇月 〇〇日

船橋市長 あて

住所 千葉県船橋市湊町〇一△

ふりがな 氏名 ふなばし 船橋 たろう 太郎

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 医療法人〇〇 ××病院 (所属 整形外科)

所在地 船橋市本町〇一×

電話番号 047-000-000

2. 辞退の理由

退職のため (令和〇〇年〇月×日退職)

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