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