

## VI. 指定医辞退届 (f)

- ① 住 所 申請する医師の居住地を記載すること。(医療機関の所在地ではありません。)
- ② 氏 名 ふりがなは必ず記載すること。押印は、氏名を自署することにより省略可。
- ③ 医療機関名 法人名等は省略せず、正式名称を記載すること。
- ④ 辞退の理由 退職、異動等、辞退の理由を記載すること。

### 記載例

指定医辞退届

年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

医師の居住地 ↓

住 所 〇〇市〇〇26-7-304

ふりがな

氏 名 〇〇 〇〇 (印)

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、次のとおり申し出ます。

### 1 診療に従事する医療機関

名 称 社会医療法人社団〇〇会 〇〇病院

所在地 〒123-2345 〇〇市〇〇1-2

電話番号 000-111-2222

### 2 辞退の理由

退職のため