

記載留意事項について

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。
- 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

第四号様式 (第五条)

(f)

指定医辞退届

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

医師の居住地 ↓

住 所

ふりがな

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