第四号様式（第五条）　　　　　　　 　（ｆ）指定医医療機関変更届

指定医辞退届

年　　月　　日

千葉県知事　　　　　　　　様

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

所 在 地

電話番号

２　辞退の理由