

第四号様式（第五条）

（f）

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