

様式第2号

身体障害者指定医師辞退届			
明石市長 宛		年 月 日	
		氏名	印
身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について下記のとおり辞退したいので届出ます。			
記			
医療機関名			
所在地			
指定医師名		診療担当科名	
辞退の理由			
辞退の年月日			
備考			

※ 指定医師の死亡による辞退の届出は、当該医師が病院勤務の場合は開設者が、開業医の場合は親族が提出するものとする。