身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の辞退届

年　　　月　　　日

（あて先）秋田県知事

届出者　所　在　地

医療機関名

氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり指定を辞退するので、届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　氏　名 | ふりがな |
|  |
| 辞　退　す　る  障　害　分　野 | １　全部  ２　一部（辞退する障害分野を記載してください） |
| 辞　退　の　理　由 | １　他の都道府県医療機関へ異動するため  ２　その他（辞退する理由を記載してください） |
| 辞　退　年　月　日  （異動年月日等） | 年　　　　月　　　　日 |

※本届出書には、辞退をする障害分野の指定書を添付すること。