

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。