

## 指定医師辞退届

医療機関名			
所在地			
指定医師名		診療 科目	
辞退年月日	年 月 日		
辞退 の 理由			
<p>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、上記のとおり 指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医師氏名 印 (届出人氏名)</p> <p>長崎県知事様</p>			