

(様式5)

指定医師辞退届

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所

届出者

医師氏名

(署名又は記名押印)

(電 話)

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、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、次のとおり届け出ます。

医 師 氏 名		
医 療 機 関	名 称	
	所在地	
診 療 科 目		
担 当 障 害 種 別 (□に☑印又は■)	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能 <input type="checkbox"/> そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害	
辞 退 理 由 (□に☑印又は■)	<input type="checkbox"/> 静岡県外へ異動のため <input type="checkbox"/> 退職のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
辞 退 年 月 日	年 月 日	

(注) 死亡の場合は、医療機関の管理者又は親族等の代理人が届け出をしてください。