

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 山形市長

医師氏名 〇 〇 〇 〇

指 定 医 師 辞 退 届

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

記

|        |   |
|--------|---|
| 指定医師氏名 | 〇 〇 〇 〇                                       |
| 所属医療機関 | 〇〇〇〇病院  |
| 所在地    | 山形市〇〇町△一△                                     |
| 辞退年月日  | □□年 □□月 □□日                                   |
| 辞退の理由  | 例) ・ 市外への勤務先変更<br>変更後勤務先 ( )<br>・ 退職<br>・・・など |