様式第５号

身 体 障 害 者 福 祉 法 指 定 医 師 辞 退 届

医療機関の名称及び所在地	
標ぼうしている診療科名	
担 当 し た 診 療 科 名 （最も得意とするもの）	
担当した身体障害の種類	
辞 退 の 理 由	

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師として指定を受けているが，上記のとおり辞退する。

年　　月　　日

指 定 医 師

住　所

氏　名　　印

松 山 市 長　殿