

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	
<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として指定を受けているが、上記のとおり辞退する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>指定医師</p> <p>住所</p> <p>氏名 印</p> <p>松山市長 殿</p>	