別記第6号様式(第6条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医辞退届  年　　月　　日  　和歌山県知事　様  届出者　住所  氏名  　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、身体障害者福祉法施行細則第6条第3項の規定により届け出ます。 | | | | |
|  | ふりがな  医師氏名 |  | |  |
| 診療に従事する医療機関 |  | 電話番号 |
|  |
| 所在地 |  | |
| 診療科目 |  | |
| 辞退年月日 |  | |
| 辞退理由 |  | |
| 備考 | | |
| 注　指定医の診療に従事する医療機関先が県外に変更された場合も、この届を提出してください。 | | | | |