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。 |