

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。