

(様式3)

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の辞退届

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

住 所  
届出者  
氏 名 (印)

下記のとおり指定を辞退するので届出します。

医 師 氏 名 (届出者が医師本人 でない場合は押印)	ふりがな ----- (印)
辞 退 す る 障 害 分 野	1 全 部 2 一 部 (辞退する障害分野を記載してください。)
辞 退 の 理 由	1 秋田 <u>県外</u> の医療機関へ勤務するため 2 その他 (辞退する理由を記載してください。)
辞 退 年 月 日 (異動年月日等)	年 月 日

注) 本届出書には指定書を添付すること。