

## 辞 退 届

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

指定医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関 名 称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

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下記の理由により辞退  
します。

記

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	
診 療 科 名	
担 当 科 目	
辞 退 年 月 日	令和 年 月 日
辞 退 理 由	