

(様式第6号)

指 定 医 師 辞 退 届

医療機関名	
所在地	
指定医師名	
診療科名	
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	
<p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について</p> <p>上記のとおり指定を辞退します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定医師氏名 (届出人氏名)</p> <p>(宛先) 高槻市長 様</p>	

死亡、府外転出、その他の理由で指定を辞退するときに届出してください。

死亡した場合は、主に従事していた医療機関の代表者、又は代理人等が代わりに届出してください。