

指定医師辞退届

| | |
|---|-------|
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| (フリガナ) | |
| 指定医師名 | |
| 担当診療科名 | |
| 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>年 月 日</p> <p>指定医師氏名 (届出人氏名)</p> <p>大阪府知事 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け出てください。

死亡した場合は、主に従事していた医療機関の代表者が代わりに届け出てください。