年　　月　　日

　（宛先）富山市長

医療機関名

診療科名

指定医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞

**身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づく**

**指定医の辞退届について**

　このことについて、次の事由により辞退したいので、届出します。

記

１　辞退の事由（該当する番号に○を付けてください）

　(1) 退職

　(2) 富山県外医療機関への転出　　　（転出先　　　　　　　　　　　　　　）

　(3) 富山県内の市外医療機関への異動（異動先　　　　　　　　　　　　　　）

　(4) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　辞退年月日

　　　　　　年　　　月　　　日