

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