

年 月 日

(宛先) 富山市長

医療機関名

診療科名

指定医師名

印

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定
にもと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 (該当するものに○)

(1) 退職

(2) 県外への転出 (転出先)

(3) 富山市外 (県内) への異動 (異動先)

(4) その他 ()

2. 辞退年月日

年 月 日