

第5号様式（第7関係）

指定医師辞退届

年 月 日

（あて先）甲府市長

住 所

氏 名

印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定する医師の指定を辞退したいので、届け出ます。

- 1 医療機関名及びその住所
- 2 診療担当科名
- 3 辞退年月日
- 4 辞 退 理 由