

様式2

身体障害者福祉法による指定医師辞退届

診断した障害の種類	
診療科目	
指定医師氏名	
勤務した医療機関名	
同上所在地	
辞退理由	
辞退年月日	年 月 日

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市長

住所

氏名