

様式第4号

身体障害者福祉法に基づく指定医師辞退届

年 月 日

山梨県知事 殿

住 所

氏 名 印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定により山梨県知事から指定された指定医師を辞退したいので、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