身体障害者福祉法第１５条による指定医の辞退届

私このたび　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　により

　　　　年　　月　　日より辞退したいのでお届けします。

年　　月　　日

徳島県知事　　殿

　　　　　　診療場所

所 在 地

　　　　　　　名　　称

　　　　　　　電話番号

科　　氏名

連絡先