

記 載 例

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 令和〇年 〇月 〇日 退職 により

令和〇 年 〇月 〇日より辞退したいのでお届けします。

令和〇 年 〇月 〇日

徳 島 県 知 事 殿

診 療 場 所
所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇ー〇
名 称 〇〇病院
電 話 番 号 〇〇〇ー〇〇〇ー〇〇〇

やむを得ず代筆により提出する場合は、代筆者の所属・氏名を明記して提出してください。
(押印不要)

科 氏 名 〇〇〇科 〇〇 〇〇

代筆 医事科 △△ △△

