

指定医師辞退届

年 月 日

滋賀県知事 あて

指定医師氏名

印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師について、次のとおり届出します。

ふりがな	
医師氏名	
医療機関名	
医療機関 の所在地	
診療科目	
辞退の理由 (該当するものに○)	1. 県外病院への異動 2. 退職 3. 死亡 4. その他()
辞退年月日 (取消年月日)	年 月 日

※ 届出人は指定医師とする。ただし、本人が死亡した場合、県外へ転出した場合等のやむを得ない場合には、代理人または旧の医療機関の管理者が続柄を付記して届け出ること。

指定医師辞退届

平成 〇〇 年 〇〇月 〇〇日

滋賀県知事 あて

指定医師氏名 滋賀 太郎

印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師について、次のとおり届出します。

ふりがな	しが たろう
医師氏名	滋賀 太郎
医療機関名	医療法人〇〇会 △△病院
医療機関の所在地	〇〇市〇〇町1丁目1番地1
診療科目	内科
辞退の理由 (該当するものに○)	① 県外病院への異動 2. 退職 3. 死亡 4. その他()
辞退年月日 (取消年月日)	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

※ 届出人は指定医師とする。ただし、本人が死亡した場合、県外へ転出した場合等のやむを得ない場合には、代理人または旧の医療機関の管理者が続柄を付記して届け出ること。