

様式第4号

# 指 定 医 師 辞 退 届

年 月 日

大阪市長 様

住 所

指定医師氏名  
(届出人氏名)

印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定の辞退について

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定について、次のとおり指定を  
辞退します。

記

医 師 氏 名

医 療 機 関 名

所 在 地

指 定 を 受 け た 診 療 科

指 定 を 受 け た 障 が い の 種 類

辞 退 年 月 日 年 月 日

予 告 年 月 日 年 月 日から辞退年月日

辞 退 理 由

※予告期間は、辞退年月日から遡って60日以上設けること。