

様式6号

# 辞 退 届

年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

氏 名		
連 絡 先	〒 (電話番号 )	
主 勤 医 た 務 先 療 機 関 る の 関	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担 当 す る 診 療 科	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 理 由		