

様式 2

身体障害者福祉法による指定医師辞退届

診断した障害の種類	肢体不自由
診療科目	整形外科
指定医師氏名	静岡 三郎
勤務した病院又は診療所名	医療法人〇〇会 〇〇病院
同上所在地	静岡県〇〇市〇〇町〇〇番地
辞退理由	静岡県外の医療機関へ異動したため
辞退年月日	令和〇年〇〇月〇〇日

上記のとおり辞退しましたのでお届けします。

令和〇年〇〇月〇〇日

住所 静岡県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 静岡 三郎 ㊟

(氏名を自署する場合は押印を不要とする。)

静岡県知事

様