

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	
診療科目	
指定医師氏名	
勤務した病院又は診療所名	
同上所在地	
辞退理由	
辞退年月日	令和 年 月 日

上記のとおり辞退しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

住所

氏名 ㊟
(氏名を自署する場合は押印を不要とする。)

静岡県知事 様