

(様式第5号)

## 指定医師辞退届

医療機関名	
所在地	
診療科名	
指定医師氏名	
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	
<p>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 上記のとおり辞退しますので届け出ます。</p> <p>(宛先) 枚方市長</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医師氏名 (届出者氏名) <span style="float: right;">⑩</span></p>	

死亡、市外転出、その他の理由により指定を辞退するときに提出してください。