

年 月 日

身体障害者指定医辞退届

（宛先）姫路市長

氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医について、下記のとおり辞退したいので、届け出ます。

記

医療機関名

所在地

指定医氏名

辞退の理由

辞退の年月日

年 月 日