

身体障害者福祉法指定医師指定辞退届

令和 年 月 日

京 都 府 知 事 様

次の理由により辞退しますので、届け出ます。

辞 退 年 月 日	令 和 年 月 日
辞 退 理 由	<input type="checkbox"/> 死 亡 の た め
	<input type="checkbox"/> 退 職 の た め
	<input type="checkbox"/> 府 外 転 出 の た め (京都市への転出を含む) (転出先 都・道・府・県・市)  (注) 府内の他医療機関に勤務し、引き続き指定医師を継続される場合は、様式4の診療場所等変更届を提出してください。
備 考	

届 出 者

医 療 機 関 の 所 在 地  (※は記入不要)	(〒 - )	※ 医療機関コード																											
	(TEL - - )																												
医 療 機 関 の 名 称																													
フリガナ 申請医師氏名 (※は記入不要)																		※ 指定番号											
担 当 診 療 科 名																													

(注) 死亡による辞退の場合は、備考欄に代理届出者名を記載してください。