

指 定 医 師 辞 退 届

医 療 機 関 名	
所 在 地	
(フリカ`ナ)	
指 定 医 師 名	
担当診療科名	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 の 理 由	
身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医師について 上記のとおり指定を辞退します。 年 月 日 指定医師氏名 (届出人氏名) 大阪府知事 様	

死亡、府外転出、その他の理由で指定を辞退するときに届け出てください。

死亡した場合は、主に従事していた医療機関の代表者が代わりに届け出てください。