

(様式5)

指定医師辞退届

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所

届出者

医師氏名

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

医 師 氏 名		
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
診 療 科 目		
担 当 障 害 種 別 (□に☑印又は■)		<div><div><input type="checkbox"/>視覚障害</div><div><input type="checkbox"/>音声機能、言語機能</div><div><input type="checkbox"/>肢体不自由</div><div><input type="checkbox"/>呼吸器機能障害</div><div><input type="checkbox"/>小腸機能障害</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>聴覚又は平衡機能障害</div><div><input type="checkbox"/>そしゃく機能障害</div><div><input type="checkbox"/>心臓機能障害</div><div><input type="checkbox"/>ぼうこう機能障害</div><div><input type="checkbox"/>免疫機能障害</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>じん臓機能障害</div><div><input type="checkbox"/>直腸機能障害</div><div><input type="checkbox"/>肝臓機能障害</div></div>

(注) 死亡の場合は、医療機関の管理者又は親族等の代理人が届け出をしてください。

※ 届出内容のお問合せ先 (必ず記入)

届出者又は事務担当者名

電話