

(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 (□にレ印又は■)	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能 <input type="checkbox"/> そしやく機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害
辞　退　理　由 (□にレ印又は■)	<input type="checkbox"/> 静岡県外へ異動のため <input type="checkbox"/> 退職のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他()
辞　退　年　月　日	年　月　日

(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