様式第６号

指 定 医 師 辞 退 届

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 指定医師名 |  |
| 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。　　　　　令和　　　年　　　月　　　日指定医師氏名 　 　　　　　　　（届出人氏名）　　　　　吹田市長　宛 |

死亡、府外転出、その他の理由で指定を辞退するときに届出してください。

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出してください。