（別紙様式５）

指 定 医 師 辞 退 届 出 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 指　定　医　師 | 氏　　　名 |  |
| 医療機関の名　　　称 |  |
| 　　医療機関の　　所　在　地 |  |
| 辞　退　年　月　日 |  |
| 　指定辞退の障害分野 |  |
| 　辞退理由 |  |

　　上記のとおり、身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師を

　辞退します。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　奈良県知事　　　　　　　　様