

指定医師辞退届

年 月 日

広島県知事様

【届出人】

氏名

連絡先 _____ (_____)

※代理人の場合に記載

続柄 _____

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、次のとおり届出します。

指定 医 師	氏名	
	指定番号	※番号がわかる場合に記載してください。
	医療機関名	
辞退の理由	1 死亡 2 県外転出 (都道府県名 _____) 3 その他 (_____)	
事実発生日	年 月 日	
備 考		

※ 県内の医療機関への異動(開業含む)の場合は「変更届」になります。

【注】

- 1 辞退届は、事実発生日以降、速やかに提出すること。
- 2 届出人は指定医師とする。但し、本人が死亡又は県外へ転出した場合等やむを得ないときは代理人または旧医療機関の管理者が続柄を付記して、速やかに届け出ること。
- 3 指定を受けている医師が、その指定を辞退しようとするときは、60日間の予告期間を設けること。
なお、死亡によるものや県外転出の場合は、この限りではない。