（第５号様式）

指定医師辞退届出書

 令和　　年　　月　　日

（宛先）奈良市長

住　所

氏　名

※指定医師（医療機関に勤務する場合は医療機関の開設者）

次のとおり、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医師氏　　名 |  |  |
| 医療機関の名　　　称 |  |
| 医療機関の所　在　地 | 電話 （ ） |
| 辞退年月日 | 　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 辞退理由 |  |