

(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 1 5 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	