

身体障害者福祉法第15条第1項医師指定辞退届出書

年 月 日

島 根 県 知 事 様

指 定 医 師 住 所

氏 名

下記のとおり、身体障害者福祉法施行令第1条第1項により指定を辞退したいのでお届けします。

指 定 医	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	担 当 す る 診 療 科 名	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		

- (注) 1 この届出書は、身体障害者の診断を担当する医師が、島根県知事あてに所在地を管轄する市町村を
経由して提出すること。
- 2 医師の指定は都道府県知事が行うこととなっており、指定された医師が島根県以外の都道府県に転
出する場合、転出先の都道府県で新たに指定を受けることとなるので、この指定辞退届出書を提出する
こと。