

(様式第4号)

<p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による 医師の指定辞退届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>長野市長                   あて</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">医療機関住所</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p>下記の理由により辞退しますので申出します。</p>	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	
達（指令）番号	
指定年月日	
備考	

※辞退届は、辞退日の60日以上前に、提出してください（身体障害者福祉法施行令第3条）