

(様式第4号)

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

年 月 日

長野市長 あて

医師氏名

医療機関住所

医療機関名

下記の理由により辞退しますので申出します。

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)