年　　　月　　　日

　八王子市長　殿

医師氏名

辞　退　届

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定を下記の理由により辞退します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 担当科目 |  |
| 医療機関の名称及び所在地 |  |
| 辞退年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 辞退理由 |  |

☐下記の辞退届の取扱いについて確認した。

（確認の上、☑をしてください。）

（辞退届の取扱いについて）

　本辞退届を提出した後、再度、八王子市内の医療機関にて身体障害者福祉法第15条第1項に定める業務に従事する場合、改めて新規申請が必要となります。

（記入上の注意）

１　２箇所以上の医療機関において指定されている場合は、診療に従事する市内の全ての医療機関の名称及び所在地を併記すること。

２　届出内容について確認することがあるので、事務担当者の所属、氏名及び連絡先を記入すること。

事務担当者所属・氏名　　　　　　　　　（連絡先）