

様式第3号

年 月 日

岐阜県知事 様

(届出者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する
医師の指定について (辞退)

このことについて、身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、次のとおり
辞退します。

記

1 指定医師名

2 担当科目

3 辞退年月日

4 辞退理由

- ・身体障害者手帳の診断書を作成しない
- ・岐阜市の医療機関へ異動
- ・県外の医療機関へ異動
- ・その他 ()

【問い合わせ先】

所属:

担当氏名:

電話番号:

(この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。)