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。）