別紙４

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

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師に

よる診断書・意見書」を作成する歯科医師の指定について（辞退）

このことについて、次のとおり辞退します。

記

１　指定歯科医師名

２　辞退年月日

３　辞退理由　　・「歯科医師による診断書・意見書」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。）