

令和〇〇年 〇月〇〇日

山形県知事 殿

医師氏名 山形 太郎 ⑩

指 定 医 師 辞 退 届

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について、下記のとおり指定を辞退します。

記

指定医師氏名	山形 太郎
所属医療機関	医療法人〇〇会 〇〇病院
所在地	〇〇市〇〇町1-1-1
辞退年月日	令和××年 ×月××日
辞退の理由	<p>山形県外の医療機関に勤務先が変わるときはここを選択して下さい</p> <p>① 県外への勤務先変更 変更後勤務先 (〇〇病院 (〇〇県))</p> <p>2 退職</p> <p>3 その他 ()</p>

※辞退の理由の欄は、該当するものを○で囲んでください。