

# 辞 退 届

年 月 日

福井市長 様

指定医番号

医師氏名

印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、同法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号 )	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
辞退理由		

※ 小児慢性特定疾病指定医を指定した指定通知書を添付してください。