

様式8

辞 退 届

年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

医療機関名

指定医師名

印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退します。

記

1 医 師 氏 名

2 診 療 科 目

3 医療機関名及び所在地

4 辞 退 の 理 由