

辞 退 届

宮城県知事 殿

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、次のとおり辞退します。

届 出 日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

届出者

本人死亡等による辞退の場合は、
従事していた医療機関の方の届出
でもかまいません。

氏 名	宮城 太郎	電話番号	090-0000-0000
		メールアドレス	〇〇〇@×××
現 住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 宮城県〇〇市××1-1-1		
指定医番号	00000000		
宮 城 県 内 の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の 医 療 機 関	名 称	〇〇病院	
	所在地	〒 ××× - ×××× 宮城県××市〇〇1-2-3	
	電話番号	022-000-0000	

辞退年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

辞退の理由

例) 仙台市へ異動のため
閉院のため

※指定医指定通知書（原本）を添付してください。