

身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の辞退届

年 月 日	
(あて先) 川崎市長	
指定医師住所 指定医師氏名	
次のとおり、身体障害者福祉法施行令第 3 条第 2 項により、指定を辞退したいので届け出ます。	
指定医師名	
診療科目	
担当障害分野	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害
医療機関の名称 所在地 及び 連絡先	TEL
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	(1) 神奈川県外への異動 (2) 死亡 (3) 指定辞退 (4) 医療機関退職 (5) その他 ()
取消書の送付先	〒

(注)

- 1 他の都道府県に異動される場合は、転入先の自治体で新たに指定を受けることとなりますので、この辞退届書を提出してください。
- 2 指定医師が死亡等で届出できないときは、親族等代理人が速やかに届け出てください。
- 3 複数の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関名及び所在地を併記してください。
- 4 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。