指定医師辞退届

　　年　　月　　日

（宛先）名古屋市長

指定医師名

（診療科目　　　　　　　　　　　）

医療機関名

（　　　　　　　区）

　私は、身体障害者福祉法第１５条による指定を下記の理由により辞退します。

記

辞退理由