様式第１９号

指 定 医 師 辞 退 届 出 書

　　年　　月　　日

（あて先）

　仙　　台　　市　　長

医療機関名

（ふりがな）

指定医師名

電話番号

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師を辞退いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医師氏名 |  |
| 診療科名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退の理由 |