身体障害者福祉法第１５条指定医師辞退届

　　　年　　　月　　　日

岡山市長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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下記のとおり辞退します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医師氏名 | |  |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当診療科名 | |  |
| 辞退の理由  （該当するものに○） | | １　岡山市外への異動  ２　退職、廃業（廃院）  ３　死亡  ４　その他 |
| 辞退年月日 | | 年　　　月　　　日 |

（注）１　指定医師本人が届け出をしてください。ただし、死亡や市外への異動等やむを得ない場合には、親族又は診療に従事していた医療機関の代表者等の代理人が届け出をしてください。なお、医療機関の代表者が届け出る場合は、医療機関名、代表者の職・氏名を明記してください。

２　身体障害者福祉法第１５条に基づく医師の指定は、医療機関所在地の都道府県知事、政令市市長、中核市市長が行います。岡山市外へ異動される場合は、異動先の都道府県知事等から改めて指定を受けていただく必要があります。