第３号様式（第３条関係）

令和　　年　　月　　日

　　　高知県知事　様

医療機関名

医師氏名医師氏名　　　　　　　　印

身体障害者福祉法指定医の辞退届

　　下記のとおり身体障害者福祉法第15条第１項の規定による指定医を辞退します。

記

１　辞退年月日

２　辞退の理由