

指定医指定辞退申出書

年 月 日

(あて先)

川口市長

氏 名 ㊟
(自署又は記名押印)
住 所 千
電 話 番 号

児童福祉法施行規則第7条の15の規定により、指定医を辞退したいので次のとおり申し出ます。

指 定 医	氏 名	
	指 定 医 番 号	
	居 住 地	
	勤 務 先 の 医 療 機 関 名	
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

注 この申出は、指定を辞退しようとする日の60日前までに行う必要があります。