

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

指定医師名

印

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	