

第2号様式

身体障害者福祉法第15条に基づく
指定医師辞退届

令和 年 月 日

私は、 年 月 日指定医師を辞退しますので下記のとおりお届けします。

届出者（指定医師） _____

三重県知事宛

記

フリガナ	
医師氏名	医籍番号 _____
辞退前の 医療機関名	
所在地	
辞退の理由	1. 県外へ転出 2. 指定障害領域の一部辞退 辞退する領域名 3. その他 ()

備考1 辞退の理由欄には、1～3のいずれかに○をつけ、3の時は、その理由を簡単に記入してください。

備考2 「指定障害領域の一部辞退」とは、専門領域の変更などにより、指定済障害領域（視覚障害とか聴覚障害とかのことです。）の一部について、今後診断等されることはないと判断されるときに、その領域名を記入してください。

備考3 逆に、障害領域の追加を希望されるときは、第1号様式等を提出する「申請」を行ってください。

備考4 全障害領域辞退の場合は、三重県公報等により告示させていただきます。