別紙様式2

|  |
| --- |
| 身体障害者福祉法第1 5条指定医師等の辞退について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　月　　日北海道知事 様指定医師次のとおり身体障害者福祉法第1 5条に基づく医師の指定について辞退したいので、届け出ます。従業場所名称所在地 指定年月日 年 　　月 日辞退理由 |