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 |