

身体障害者福祉法第 15 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 15 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