

様式 4

指定医師辞退申出書

年 月 日

山口県知事

様

郵便番号

申出者 住 所

氏 名

印

(電話 局 番)

下記のとおり医師の指定を辞退したいので、身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により申し出ます。

記

辞退予定年月日	年 月 日
辞 退 の 理 由	

注 申出者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。