様式第５号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の指定辞退届年　　月　　日（宛先）　　松本市長医師　住所氏名　　　　　　　　　　医療機関名　下記の理由により辞退しますので申出します。 |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退理由 |  |
| 達（指令）番号 |  |
| 指定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |