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 |  |