

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	
備考	