身体障害者福祉法指定医指定辞退届

　　　年　　　月　　　日

医師氏名

　群馬県知事　　　　　　　　あて

 身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として指定を受けておりますが、

 のため辞退いたしたくお届けします。

記

　１ 住　所

　２ 標ぼうしている診療科目 科