様式第9号(5条関係)

年　　月　　日

　　　高知市長　　　　　様

医師の氏名

身体障害者指定医辞退届

　　下記のとおり身体障害者指定医を辞退します。

記

　１　医療機関の名称

　２　辞退年月日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　３　辞退の理由