

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

## 医師の辞退届

医師氏名	ふりがな		指定年月日	年 月 日									
医療機関名	名称	ふりがな											
	所在地	〒 TEL - -											
辞退の理由 (○で囲む)	勤務先の異動(県外・北九州市・福岡市・久留米市)、廃業、死亡、その他(理由をお書きください)												
指定科目又は診療科名													
担当している障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	音声言語障害	機能障害	肢体不自由	心臓機能	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能	ヒール機能	肝臓機能

令和 年 月 日

福岡県知事 殿

医師住所

氏名 印

この届けは、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出して下さい。

記入例

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の辞退届

医師氏名	ふりがな ふくおか いちろう 福岡 一郎	指定年月日	〇〇年〇〇月〇〇日										
医療機関名	名称	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院 TEL 092 - 123 - 4567											
	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3											
辞退の理由 (○で囲む)	勤務先の異動(県外・北九州市・福岡市・久留米市)、廃業、死亡、その他(理由をお書きください)												
指定科目又は診療科名	内科												
担当している障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	音声言語障害	聴覚機能障害	肢体不自由	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器障害	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能障害	ヒト全免疫に依る障害	肝臓機能障害
						○							

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

福岡県知事

殿

退職された場合でも県域内の他の医療機関で診察行為を行う場合は、変更届を提出してください。

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町7丁目8-9

氏名 福岡 一郎



この届けは、所在地を管轄する県または市の福祉事務所を経由して提出して下さい。