

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 TEL - -												
	所在地	〒												
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	平衡障害機能	音機声能言障害語害	そ機し能や障害く害	肢由体不自	心障臓害機能	じ能ん障臓害機	呼能吸障器害機	ぼ又機うは能こ直障う腸害	小障腸害機能	ヒ不ルる機ト全ス免能免ウに疫障疫イよの害	肝障臓害機能	

年 月 日

福岡県知事 殿

医師住所

氏名 (記名押印又は署名)

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	平衡障害機能	音機 声能 言障 語害	そ機 し能 や障 く害	肢由 体 不 自	心障 臓害 機 能	じ能 ん障 臓害 機	呼能 吸障 器害 機	ぼ又機 うは能 こ直障 う腸害	小障 腸害 機 能	ヒ不ル ト全ス 免能 免ウに 疫障 疫イよ の害	肝障 臓害 機 能	
						○								

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
(記名押印又は署名)