

様式第5

身体障害者福祉法による指定医辞退届

令和2年 7月 10日

愛知県知事殿

指定医住所 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

氏名 愛知 太郎

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、下記のとおり指定を辞退します。

記

指 定 医	氏 名	愛知 太郎	生年月日	昭和40年 5月 5日生
	住 所	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号		
診療に従事 している 医療機関	名 称	愛知県庁病院		
	所在地	愛知市二の丸町1丁目1番1号		
辞退年月日		令和2年 8月 31日		
辞退の理由		① 県所管外の医療機関に従事するため 2 今後、身体障害者手帳診断書・意見書の作成を行わないため 3 その他 ()		

(注) 辞退年月日は、60日の予告期間を設けて記入すること。

(記入要領)

「診療に従事している医療機関・名称」は、必ず正式名称を記載すること。