第１号様式の１０（第２条の３関係）

指定医指定辞退申出書

年　　月　　日

越谷市長　宛

住所

氏名

電話番号

児童福祉法施行規則第７条の１５の規定により、指定医を辞退したいので次のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医 | 氏名 |  |
| 指定医番号 |  |
| 居住地 |  |
| 勤務先の  医療機関名 |  |
| 辞退年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  | |

　注　この申出は、指定を辞退しようとする日の６０日前までに行う必要があります。