様式３

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の辞退届出書

年　　月　　日

（あて先）
　越谷市長

指定医師住所
電 話 番 号

届 出 者 氏 名
（指定医師名：　　・指定医師との関係：　　）

下記のとおり、身体障害者福祉法施行令第３条第２項により、指定を辞退したいので届け出ます。

指定医	医療機関名	
	所在地	
	指定障害区分	
辞退年月日		年　　月　　日
辞退の理由		

留意事項

１　**この届出書は、越谷市における身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の資格喪失に関わるものです。**

２　指定医師が死亡等で届出ができないときは、親族等代理人が事実発生後速やかに届け出てください。
　なお、この場合、指定医師住所、電話番号、届出者氏名は届出者の住所等を記してください。また届出者氏名下の（　　）には、辞退に係る指定医師の氏名や同医師と届出者の関係（配偶者、子など）を記してください。

３　**この辞退届出書を提出した医師が、再度指定を受けようとする場合、新規申請を行う必要があります。**

４　他の都道府県・政令市・中核市に転出され、その都道府県等で身体障害者福祉法に基づく診断書・意見書を作成する場合には、新たに当該自治体に指定医師に係る申請手続を行い、指定を受ける必要があります。