

松江市小児慢性特定疾病指定医 辞退届

年 月 日

(あて先) 松江市・島根県共同設置
松江保健所長

指 定 医 番 号

医 師 氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、以下のとおり
指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
辞退理由		