

様式第2号の4（第2条の6関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医指定辞退届出書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

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、指定医の指定を辞退します。

指定医氏名	
辞退の理由	
辞退年月日	令和 年 月 日