第29号様式（第20条関係）

年　　月　　日

（あて先）八戸市長

住　所

氏　名

指定医辞退届書

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退したいので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |