第14号様式（第11条関係）

年　　月　　日

久留米市長　　あて

医師住所
氏　　名　　㊞

指　定　医　辞　退　届

身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、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、次のとおり届け出ます。

<table>
<tr><td>医師氏名</td><td colspan="3">ふりがな</td><td>指定年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関名</td><td>名　称</td><td colspan="6">ふりがな</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>辞退の理由</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>指定科目又は診療科目</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">担当している障害分野に〇を記入のこと。</td><td>視覚障害</td><td>聴覚障害</td><td>平衡機能障害</td><td>音声言語機能障害</td><td>そしゃく機能障害</td><td>肢体不自由</td><td>心臓機能障害</td><td>じん臓機能障害</td><td>呼吸器機能障害</td><td>ぼうこう又は直腸機能障害</td><td>小腸機能障害</td><td>ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害</td><td>肝臓機能障害</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>