第14号様式（第11条関係）

〇〇年　〇月　〇〇日

久留米市長　　あて

医師住所　〇〇市〇〇町３丁目４－５
氏　　名　　久留米　　太朗　　印

# 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="2">ふりがな<br>くるめ　　たろう<br>久留米　　太朗</td><td>指定年月日</td><td>平成〇〇年〇〇月〇〇日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関名</td><td>名　称</td><td colspan="3">ふりがな<br>いりょうほうじん〇〇かい　〇〇〇〇びょういん<br>医療法人〇〇会　〇〇〇〇病院</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">久留米市〇〇町１丁目２－３</td></tr>
<tr><td>辞退の理由</td><td colspan="4">退職のため</td></tr>
<tr><td>指定科目又は診療科目</td><td colspan="4">内　科</td></tr>
</table>

| 担当している障害分野に〇を記入のこと。 | 視覚障害 | 聴覚障害 | 平衡機能障害 | 音声言語機能障害 | そしゃく機能障害 | 肢体不自由 | 心臓機能障害 | じん臓機能障害 | 呼吸器機能障害 | ぼうこう又は直腸機能障害 | 小腸機能障害 | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 | 肝臓機能障害 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | | | |