

指定医辞退届

年 月 日

(宛先) 新潟市長

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり
辞退します。

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