様式７

指定医師辞退届

　　年　　月　　日

　京都市長　　様

【届出人】

氏　名

連絡先　　　　　　（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※代理人の場合に記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄

　身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について、次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指 定 医 師 | 氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 辞退の理由 | [ ] 　死亡　　　[ ] 　市外転出　　　[ ] 　辞退・退職[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事実発生日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 備　　　　考 |  |

　**※　京都市内の医療機関への異動(開業含む)の場合は「指定内容変更届（様式６）」になります。**

【注】

1　辞退届は、事実発生日以降、速やかに提出すること。

2　届出人は指定医師とする。ただし、本人が死亡又は市外へ転出した場合等やむを得ないときは、代理人ま

たは旧医療機関の管理者が続柄を付記して、速やかに届け出ること。

3　指定を受けている医師が、その指定を辞退しようとするときは、60日間の予告期間を設けること。

　 なお、死亡によるものや市外転出の場合は、この限りではない。