

## 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	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 辞退・退職 <input type="checkbox"/> 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。