

指 定 医 師 辞 退 届

年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

〇〇病院

医療機関開設者 職 氏名

院長 石川 一郎

辞 退 医 師

氏名 金沢 太郎

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師を辞退します。

記

医 師 氏 名	金沢 太郎
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	〇〇病院 金沢市広坂1-1-1
担 当 科 目	内 科
辞 退 の 理 由 及 び 年 月 日	富山〇〇病院に異動するため 令和〇〇年〇〇月〇〇日

(上記の件の問い合わせ先)

部署 総務課 担当 〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇