

様式第7号

指 定 医 辞 退 届

(あて先) 福岡市長

届出日 年 月 日

指定医番号

フリガナ

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

連 絡 先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医 療 機 関	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担 当 す る 診 療 科 名	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 理 由		

指 定 医 辞 退 届

(あて先) 福岡市長

必ず指定を受けている医師本人が届け出てください。ただし、本人死亡による辞退の場合は、親族の方又は従事していた医療機関の管理者の方が届け出てください。

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

号 69512345678

フリガナ フクオカ タロウ

医師氏名 福岡 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

連絡先	〒819-0000 福岡市中央区天神1丁目10-1 (電話番号 092-111-2222)	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
	所在地	〒810-0000 福岡市中央区天神1丁目8-1
		090-222-3333 内科
辞退年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
辞退理由	福岡市外の医療機関に転勤となったため ※指定通知書については、紛失のため、添付できません	

本辞退年月日を以て、指定医の指定は失効します。必ず最後に福岡市の指定医番号を用いて診断書を作成した日以降の日付としてください。

原本を紛失した等で添付できない場合は、「辞退理由」欄にその旨を記入してください。