

様式第1号の10（第1条の2関係）

指定医指定辞退申出書

令和〇〇年〇月〇〇日

(宛先)

埼玉県知事

**指定医の氏名、指定医個人の住所及び電話番号を記入してください。
(指定医が亡くなった場合を除く)**

氏 名 △△ 〇〇

住 所 〒330-0845 さいたま市大宮区仲町△-△-△

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

児童福祉法施行規則第7条の15の規定により、指定医を辞退したいので次のとおり申し出ます。

指 定 医	氏 名	〇〇 △△
	指 定 医 番 号	1 1 0 1 1 0 0 0 0 0
	居 住 地	さいたま市大宮区仲町△-△-△
	勤 務 先 の 医 療 機 関 名	医療法人〇〇会 △△□□総合病院
辞 退 年 月 日	令和 △△ 年 〇〇 月 △△ 日	
辞 退 の 理 由	退職のため	

埼玉県知事から交付された指定書に記載されている指定医番号(11から始まる10桁の数字)を記入してください。

主たる勤務先医療機関(交付されている指定書に記載されている医療機関)を記入してください。

注 この申出は、指定を辞退しようとする日の60日前までに行う必要があります。

※ 辞退申出書については、今後、埼玉県内(さいたま市・川越市・越谷市・川口市を除く)の医療機関で医療意見書を作成しない場合に提出してください。

退職や異動等により主たる勤務先(指定書に記載されている)医療機関では医療意見書を作成しないが、今後、埼玉県内(さいたま市・川越市・越谷市・川口市を除く)の別の医療機関で医療意見書を作成する場合は、「主たる勤務先医療機関の変更」となりますので、辞退申出書ではなく変更届出書を提出してください。