

様式第4号（第5条関係）

辞 退 届

年 月 日

水戸市長 様

指定医番号

医師氏名

印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

指定を辞退する年月日	年 月 日
指定を辞退する理由等	