

母体保護法指定医師辞退届

令和 年 月 日

栃木県医師会長様

医療施設住所：〒

医療施設名：

指定医師氏名： 印

指定医師番号：009－ － －

母体保護法指定医師指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 令和 年 月 日

(添付書類)

指定証 (紛失の時は、紛失届を添付)

標識