

(様式第10号)

辞 退 届

年 月 日

(あて先) 東大阪市長

指定医番号

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。

辞退年月日	年 月 日
辞 退 理 由	

※この書類は辞退年月日の60日以上前に提出してください。