（様式17）

**母体保護法指定医師指定辞退届**

医療機関所在地　〒　　　－　　　　　　電話（　　　　　）　　　　　－

医療施設名

指定設備番号： １２６　－　　　　－

指定医師氏名

指定医指定番号： ０２６　－　　　　－

　　　　　年　　　月　　　日をもって標記指定医師としての指定を

辞退いたしたく、お届けします。

（事　由）

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

京都府医師会長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医師または届出義務者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　（指定証添付）

　　　　　　　　　　　　　　　　（2018.6.7）