

様式5号

# 辞 退 届

年 月 日

鳥取県知事 様

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 理 由	
---------	--