様式5号

**辞　　　退　　　届**

　　年　　月　　日

(宛先）下関市長

 　　　　　指定医番号

 　 指定医氏名

　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 |  |