

様式5号

# 辞 退 届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

指定医番号

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	
---------	--