|  |  |
| --- | --- |
| 様式第４号 | |
| 辞　　退　　届  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　茨城県知事　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。 | |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定を辞退する理由等 |  |

【添付書類】

　指定通知書(原本)