

(様式 8)

母体保護法設備指定辞退届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

氏 名

印

指定設備番号 144 - -

母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

(理 由)

(様式16)

母体保護法指定医師指定抹消願

就業所所在地

名 称

氏 名

指定医師指定番号：0 4 4 - - -

今般 により母体保護法による指定医師の登録を抹消

頂きたく、指定書を添えお願い申し上げます。

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

氏 名

印