

別紙様式6

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

㊞

生年月日

年 月 日

日

次の理由により、精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。

1 指定医証の番号 第 号

2 辞退理由