

指定医指定辞退申出書

東京都知事 殿

必ず指定を受けている医師本人が届け出てください。
ただし、本人死亡による辞退の場合は、親族の方
又は従事していた医療機関の管理者の方が届け
出てください。
氏名欄は、必ず自署で御記名ください。

条第1項に規定する医師の指定について、次のと

申出日 令和 5年 7月 〇〇日

ふりがな	とちょう たろう	電話番号	090-0000-0000
氏名	都庁 太郎	メールアドレス	t-tocho@xxx.xxx
	〒160-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1		
	<input type="checkbox"/> 難病指定医 ・ <input type="checkbox"/> 協力難病指定医 (どちらかに○を付けてください。)		
指定医番号	13S0000000		
主たる勤務先の医療機関	名称	医療法人社団〇〇会 都庁病院	
	所在地	東京都新宿区〇〇1-1-1	
	電話番号	03-0000-0000	

東京都から発行されている指定医指定
通知書に記載されている「主たる勤務
先の医療機関」について、記入してく
ださい。

辞退年月日 令和 5年 月 日

本辞退年月日を以て、指定医の指定は失効
します。
必ず最後に東京都の指定医番号を用いて診
断書を作成した日以降の日付としてくださ
い。

辞退の理由

都外の医療機関への異動のため

原本を紛失した等で添付できない場合は、
「辞退の理由」欄にその旨を記入してくださ
い。

※指定医指定通知書（原本）を添付してください。