

様式第18号

令和〇〇年 〇月〇〇日

山形県知事 殿

歯科医師氏名 山形 太郎
(届出人氏名) 山形 太郎

指定歯科医師辞退届

下記のとおり指定を辞退します。

記

指定歯科医師氏名	山形 太郎
所属医療機関	医療法人〇〇会 〇〇病院
所在地	〇〇市〇〇町1-1-1
辞退年月日	令和××年 ×月 ××日
辞退の理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">山形県外の医療機関に勤務先が変わるときはここを選択してください</div> <p>① 県外への人事異動等 異動先 ()</p> <p>2 退職</p> <p>3 その他 ()</p>

※辞退理由の欄は、該当するものを○で囲んでください。