様式第10号

**辞　　退　　届**

　　　年　　　月　　　日

（あて先）八尾市長

指定医番号

氏　　 名　　　　　　　　　　　　　　　印

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日 |  　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞　退　理　由 | 　 |

※この書類は辞退年月日の60日以上前に提出してください。