様式第１８号

年　　月　　日

山形県知事　殿

歯科医師氏名

（届出人氏名）

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 |  |
| 所属医療機関 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退年月日 | 年　　月　　日 |
| 辞退の理由 | １　県外への人事異動等  　　異動先（　　　　　　　　　　　）  ２　退　職  ３　その他  　　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※辞退理由の欄は、該当するものを○で囲んでください。