

別紙4

年 月 日

岐阜県知事 様

(届出者)

所 在 地

医療機関名

代表者氏名

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師の指定について（辞退）

このことについて、次のとおり辞退します。

記

1 指定歯科医師名

2 辞退年月日

3 辞退理由

- ・「歯科医師による診断書・意見書」を作成しない
- ・岐阜市の医療機関へ異動
- ・県外の医療機関へ異動
- ・その他（ )

【問い合わせ先】

所 属：

担当氏名：

電話番号：

(この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。)