

(様式 17)

## 母体保護法指定医師辞退届

令和 年 月 日

茨城県医師会長 殿

医療施設所在地：〒

医療施設名：

指定医師氏名： 印

指定医師番号：08－ － －

この度、母体保護法指定医師を下記の理由により辞退したく届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 令和 年 月 日

※母体保護法指定医師証(原本)を返却してください。