

別紙様式4(辞退)

申請日	(西暦)	
-----	------	--

厚生労働大臣 殿

※青色の箇所に記入してください。氏名欄に押印は不要です。

現住所	〒			-		
氏名				生年月日	(西暦)	
電話番号				メールアドレス		
指定医証の番号	第				号	
指定医証の交付年月日				指定医証の有効期限		
現在の勤務先	(名称)					
	(住所)	〒				-

↓必要事項を記入してください。

精神保健指定医の指定を辞退したいので届け出ます。		
(必要事項)	辞退理由	

※本申請書に記載された個人情報については、精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用します。その際、厚生労働省から、関係する都道府県、指定都市及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第4号又は第19条第1項の登録を受けた登録研修機関に提供する場合があります。