別記様式第3号

指定歯科医師指定辞退届

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  　　栃木県知事　　　　様  (ふりがな)  届出者氏名　　　　　　　　印 | |
| 氏名 |  |
| 関　名  医療機 |  |
| 所在地  医療機関 | (〒　　) |
| 年月日  辞退する |  |
| 〔辞退の理由〕 | |

　(注意)　この届は辞退しようとする日の60日前までに提出してください。