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。