

様式第7号

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

令和 年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人名及び代表者職・氏名)

電話番号

児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法第19条の15の規定に基づき届け出ます。

記

- 1 辞退年月日 令和 年 月 日
- 2 指定医療機関名 (※訪問看護の場合は、訪問看護ステーション名)
- 3 指定医療機関所在地
- 4 辞退理由

( )