

様式第 7 号

姫路市指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届出書

年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

開設者

住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者職・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 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

[]

※この届出書を提出の際は、指定通知書 (原本) を添付してください。

※この届出書は、姫路市内で医療機関等の業務を継続するものの、「指定小児慢性特
定疾病医療機関」の指定を辞退する場合に提出してください。

様式第 8 号

姫路市指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

開設者
住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者職・氏名)

電話番号

指定医療機関の指定通知書の再交付について、下記のとおり申請します。

記

指定医療機関名	
指定医療機関所在地	〒 電話 () メールアドレス
再交付の理由	☐ き 損 ☐ 紛 失 ☐ そ の 他

(備考)

- 1. き損の場合は、指定通知書の写しの添付をお願いします。
- 2. 届出事項に変更のある場合は、同時に変更届出書（様式第 2 号）もご提出ください。