

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

保険医療機関	種 別	1 病院 2 診療所 3 薬局 4 指定訪問看護事業者
	名 称	
	所 在 地	〒 電話番号 ()
	医療機関コード	
開設者等	住 所	
	氏名又は 名 称	
辞退年月日		
届出の理由		
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の15の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者等の住所及び氏名 (法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)</p> <p style="text-align: center;">呉 市 長 様</p>		