

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届

令和 年 月 日

明 石 市 長 あて

住所（法人にあつては所在地）

氏名（法人名及び代表者氏名）

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

辞退年月日	令和 年 月 日
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）	
指定医療機関所在地	
辞退理由	

※この届出を提出の際は、指定通知書（原本）を添付してください

課長	係長	係

上記の申出を受理してよろしいか。