

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者（開設者等）

住所又は所在地（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名又は名称（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

印

児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を申し出ます。

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者
保険 医療 機関 等	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	医療機関コード	
開 設 者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
代 表 者	住 所	
	氏 名	
指定を受けた年月日		年 月 日
指定を辞退する年月日		年 月 日
辞退の理由		

- 備考 1 「医療機関コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。