第１４号様式（第１６条関係）　　指定難病

指定医療機関辞退申出書

保険医療機関等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所　・　薬局　・　指定訪問看護事業者等
	保険医療機関等コード	２　１
	名　称	
	所在地	〒　　－
	電話番号	
	メールアドレス	
開設者等	住所又は所在地 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）	〒　　－
	氏名又は名称 （法人にあっては、名称及び代表者職氏名）	
辞退年月日		年　　月　　日
辞退の理由		
備　　考		

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４４条の規定により、上記のとおり指定医療機関の指定の辞退を申し出ます。

年　　月　　日

岐阜県知事　様

届出者（開設者等）　住所又は所在地（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名又は名称（法人にあっては、名称及び代表者職氏名）

［事務担当者の連絡先］

部署等		担当者氏名		電話番号	

備考　１　「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。
　　２　「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。