

指定医辞退申出書

年 月 日

岐阜県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

申出者	フリガナ							
	氏名							
	住所	〒 -						
	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 （該当するものに「レ」を記載してください。）						
指定医の区分	1 難病指定医 2 協力難病指定医							
指定医番号	2	1						
辞退年月日	年 月 日							
辞退の理由								

備考 「指定医の区分」は、1又は2のいずれかを囲んでください。