

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退申出書

該当するものに○印を記載		病院・診療所	薬局	指定訪問看護事業者
保険医療機関 又は 訪問看護ステーション	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード			
辞退年月日				
辞退の理由				
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の 15 の規定に基づき、指定の辞退の申出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院・診療所、薬局の開設者又は指定訪問看護事業者 住所及び氏名（法人にあつては所在地、名称及び代表者氏名・代表者印）</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>佐賀県知事様</p>				

※辞退年月日は、辞退申出日の翌日から1か月以上を経過した日であること。