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 | |  |
| 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。    　　　　年　　月　　日  　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（法人にあっては所在地､名称及び代表者氏名･代表者印）  　　　　　　 　　　 印  佐 賀 県 知 事　 様 | | |

※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。