

## 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>開設者（訪問看護ステーションの場合は代表者） 住所（法人にあっては所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</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。