

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 | 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） | | |
| 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名） | | | |
| 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。