

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

佐賀県知事様

指定医番号

指定医氏名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

居住地 連絡先	〒  (電話番号 )	
主たる 勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
辞退理由		
辞退年月日	年 月 日	

※辞退年月日は、辞退届出日の翌日から60日以上を経過した日であること。