

小児慢性特定疾患指定医辞退届

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。