難病指定医指定辞退申出書

山口県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師の指定について、次のとおり辞退します。

申 出 日 　　　　年 月 日

申出者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | 電話番号 |  |
| 現 住 所 | 〒 - | | | |
| 指定医の種類 | 難病指定医 ・ 協力難病指定医  （どちらかに○を付けてください。） | | | |
| 指定医番号 |  | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 名 称 |  | | |
| 所 在 地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

辞退年月日 　　　　年 月 日

辞退の理由

|  |
| --- |
|  |