|  |
| --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書　 |
| 指定年月日　　　　　　年　　月　　日 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所 |
| 辞退年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 　※指定医療機関指定書を添付してください。　上記のとおり児童福祉法第１９条の１５の規定により申し出ます。　　　　　　年月日医療機関等名称　：所在地　：〒コード※　：開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：〒電話番号　：　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　山口県知事　　　　殿※　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。 |