様式第６号

番　　　　　号

年　　月　　日

**小児慢性特定疾病指定医　辞退届**

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医氏名 |  |
| 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 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 辞退理由 |  |
| 辞退年月日※ |  |

　※児童福祉法施行規則第７条の１５の規定により「指定医は、６０日以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができる」こととされていることから、届出日から６０日以降の日を「辞退年月日」として記載すること。