

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 日以上予告期間を設けて、その指定を辞退することができる」と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。