様式第７号

番　　　　　号

年　　月　　日

**指定医辞退届**

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　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、下記のとおり指定を辞退します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | |