様式６

年　　月　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者・事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　（法人にあっては所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（法人にあっては名称及び代表者氏名）

　児童福祉法第１９条の１５の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分  （該当する番号に〇） | １　病院又は診療所  ２　薬局  ３　指定訪問看護事業者 |
| 指定医療機関の名称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |