

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

(法人にあつては所在地)

氏 名

(法人にあつ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○)	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	