難病の患者に対する医療等に関する法律第20条及び

児童福祉法19条の15の規定による

指定医療機関　辞退申出書

次のとおり　指定医療機関を辞退したいので申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関コード |  |
| 所在地 | 〒  ☎（　　　　　　　）　　　　－ |
| 指定医療機関の種類  　 (いずれかに○) | 難病　　　　　　　小児慢性特定疾病 |
| 辞退予定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |

※　直近の指定通知書を添付してください。

　　※　遅くとも辞退を予定する日の１月前までにこの申出書を提出してください。

　　　年　　　月　　　日

島 根 県 知 事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　　所

申出者

氏　　名