

難病指定医・協力難病指定医 辞退届
小児慢性特定疾病指定医

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

印

(記名押印又は自筆による署名)

- ・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・に規定する指定医の指定について
- ・児童福祉法第19条の3第1項

以下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		