

記載例

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

平成27年〇〇月××日

島根県知事 様

指定医番号 32S0300999
3201130000

医師氏名 島根太郎 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	島根太郎		
連絡先	〒 684-XXXX 西ノ島町大字〇〇12-34 (電話番号 08514-7-1111)		
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒 684-XXXX 西ノ島町大字〇〇56-78	
	電話番号	08514-7-1234	
	担当する 診療科	小児科	
辞退理由	県外の病院へ転勤のため		