様式第５号の２の12（第６条の２の７関係）

令和　　年　　月　　日

小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

　　（宛先）静岡市長

居住地

申出者　氏　名

連絡先

　　小児慢性特定疾病指定医の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第７条の15の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を辞退する指定医 | 指定医番号 |  |
| 氏名 |  |
| 指定を受けた年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する理由 | |  |

（注）

１　指定を辞退する日の60日前までに申し出てください。

２　指定を辞退する日までに、交付を受けている小児慢性特定疾病指定医通知書を市長に返還してください。