

小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

（宛先）静岡市長

住所

申出者

氏名

連絡先

指定小児慢性特定疾病特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、児童福祉法第19条の15の規定により、次のとおり申し出ます。

指定を辞退する医療機関	指定医療機関番号	
	医療機関名	
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		
現に受診している者に対する措置		

（注）

- 1 指定を辞退する日の1月前までに申し出てください。
- 2 指定を辞退する日までに、交付を受けている指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を市長に返還してください。