様式第１０号（第１条関係）

|  |
| --- |
| 指定医辞退申出書年　　月　　日（宛先）　　埼玉県知事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 指定医名 |  |
| 指定医番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 　　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第２０条第１項の規定により、指定医の指定を辞退したいので申し出ます。　 |
| 指定医の種類（該当する場合は○） | 難病指定医　　　・　　　協力難病指定医 |
| 辞 退 年 月 日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞 退 の 理 由 |  |