

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 2 0 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	