

指定医療機関辞退申出書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

住 所 〒

氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律第 2 0 条の規定により、指定を辞退したいので申し出ます。

区 分 (該当するものに○)	1 病院	2 診療所	3 保険薬局
	4 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)	指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	
コ ー ド	1	1	
管 理 番 号			※指定書右上に記載されている7桁の番号
指定医療機関の名称			
所 在 地			
辞 退 年 月 日	年 月 日		
辞 退 の 理 由			

注 1 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者等にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者等の代表者の住所及び氏名を記入すること。

注 2 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載すること。