

様式第1号の6（第1条の2関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

住所又は所在地 〒

氏名又は名称

電話番号

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

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者
指定小児慢性特定疾病医療機関の名称	
医療機関コード	
所在地	〒
辞退年月日	令和 年 月 日
辞退の理由	

注1 この申出は、指定を辞退しようとする日の1月前までに行う必要があります。

注2 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称を記入すること。