

別紙様式 7

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定辞退届出書

指定小慢医療機関指定年月日 ※現在お持ちの認定通知を確認下さい。			
指定を辞退する年月日			
届出施設	名称		
	所在地	〒	
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	住所 ※訪問看護事業者は主たる 事務所の所在地を記載		
	氏名又は名称		
	代表者 ※訪問看護 事業者 のみ記載	住所	
		氏名	
標榜している診療科名 ※薬局・訪問看護事業者は記載不要			
上記のとおり、児童福祉法第19条の15の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療 機関の指定を辞退する。 年 月 日 開設者 住所（法人にあっては所在地） 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名） 福島市長 様			