

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		
印		