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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定を辞退する年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 保険医療機関等 | 名称 | |  |
| 所在地  （郵便番号含む） | |  |
| 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  辞退します。  　　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）    千　葉　市　長　様 | | | |