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 |