

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

年 月 日

（宛先）港区長

開設者

住 所

（法人にあつては所在地）

氏 名

（法人にあつては名称及び代表者氏名）

電話番号 （ ）

児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記の理由により指定を辞退したいので、同法第19条の15の規定に基づき申し出ます。

記

1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地

2 辞退年月日
年 月 日

3 辞退の理由