

5. 所在地

指定を辞退する医療機関の所在地を「市」または「郡」から記入してください。
郵便番号は半角数字で記入してください。

6. 辞退年月日

指定を辞退する日を記入してください。

7. 辞退の理由

指定を辞退する理由を記入してください。
なお、辞退後、廃業等により医療機関に連絡が取れなくなる場合は、辞退理由と併せて連絡先を記入してください。

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

住所又は所在地	〒 ー	
	(都道府県・市区町村・番地)	
氏名又は名称	(建物名等)	
	(代表者職名)	(代表者氏名)
電話番号	ー	ー

児童福祉法第19条の15の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので申し出ます。

種別（該当するものに○を付すこと。）	病院	診療所	薬局	指定訪問看護事業者
指定小児慢性特定疾病医療機関の名称				
医療機関コード	1	1		
所在地	〒 ー			
	(市町村・番地)			
	埼玉県			
	(建物名等)			
辞退年月日	令和	年	月	日
辞退の理由				
	(辞退後の連絡先)			

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者の代表者の住所及び氏名を記入すること。