

指定医療機関 辞退届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

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)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により指定医療機関の指定の辞退を届け出ます。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号	電話番号	
	コード※			
辞退年月日		年 月 日		
辞退の理由				

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード，保険薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

注 この届出は，指定を辞退しようとする日の1月前までに行う必要があります。