

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定辞退申出書

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
指定小児慢性特 定疾病医療機関	名称			
	所在地	〒	電話番号	
	医療機関 コード			
辞 退 年 月 日		年 月 日		
辞 退 の 理 由				
<p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあつては所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>印</p> <p>新潟市長 様</p>				

※この申し出は、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。