|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書 | | |
| 指定年月日　　　　　　年　　月　　日 | | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所 |
| 辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 辞退の理由 |  | |
| ※指定医療機関指定書を添付してください。    上記のとおり児童福祉法第１９条の１５の規定により申し出ます。    年月日  医療機関等  名称　：  所在地　：〒  コード※　：  開設者  住所（法人にあっては所在地）　：〒  電話番号　：  氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　  　　山口県知事　　　　殿  ※　医療機関の場合は医療機関コード、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。 | | |