

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届

該当するものに○をつけてください。		病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
保険医療機関等	名	称		
	所	在	地	〒
	電	話	番	号
	医 療 機 関 コ ー ド			
辞退理由				
辞退年月日				
<p>上記のとおり、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 氏 名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>（宛先）岡崎市長</p>				

※直近の指定医療機関指定通知書を添付すること。