

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

申請の種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所    2 薬局    3 訪問看護事業者
保険医療 機関等	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	コ ー ド ※ 1	
辞退希望年月日		年    月    日
辞退の事由		
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の37の規定により指定を辞退します。</p> <p>年    月    日</p> <p style="padding-left: 100px;">開 設 者 ※ 2</p> <p style="padding-left: 100px;">住            所            〒</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名 又 は 名 称</p> <p style="padding-left: 120px;">(法人にあつては名称及び代表者職・氏名)</p> <p style="padding-left: 100px;">連 絡 先 電 話 番 号</p> <p>徳島県知事 殿</p>		

※1 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を記載してください。

※2 訪問看護事業者の場合は、事業者及び代表者について記載してください。

※3 辞退の申出は、辞退希望日の1月以上前に指定通知書を添付の上おこなってください。