

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		
開設者	住 所		
	氏名又は名称		
	代表者 (訪問看護 事業者の み)	住所	
		氏名	
辞退する理由			
	(辞退年月日：            年            月            日)		
<p>                     児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、上記の理由により辞退したいので届け出ます。                 </p> <p style="text-align: center;">                     年    月    日                 </p> <p style="text-align: center;">                     開設者                      住所（法人にあっては所在地）                       氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）                 </p> <p>                     鳥取市長 様                 </p>			