様式６

小児慢性特定疾病指定医指定辞退届

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　日  （あて先）横須賀市長　様    　　　　　　　　　　　 　指定医番号  　　　　　　　　　　　 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　月　　　日生）  　児童福祉法第19条の３第１項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第７条の15の規定に基づき指定を辞退します。 | |
| 指定辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定辞退の理由 |  |