

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 | (This area is intentionally left blank for the user to provide the reason for resignation.) |