

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

令和      年      月      日	
(あて先) 横須賀市長 様 開設者 住 所 (法人にあつては所在地)  氏 名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)	
下記のとおり、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することを申し出ます。	
指定医療機関	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
	ふ り が な 名      称
	所 在 地  〒  TEL                      (                      )
	医療機関コード ※
指定辞退年月日	年      月      日
指定辞退の理由	
事務担当者	

※ 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すること。