（様式第４号）

群馬県難病医療協力病院辞退届

　　　　　　　年　　　月　　　日

群馬県知事　　　　あて

　　病院所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職名・氏名

　群馬県難病医療ネットワーク推進事業実施要綱第11条第4項の規定により、下記のとおり群馬県

難病医療協力病院の指定の辞退を届出ます。

記

１　指定分野（現在指定を受けている疾患分野すべてに○をしてください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ① 消化器系疾患 |  | 1. 神経・筋疾患
 |  | 1. 免疫性疾患
 |
|  | 1. 血液系疾患
 |  | 1. 循環器系疾患
 |  | 1. 呼吸器系疾患
 |
|  | 1. 皮膚･結合組織疾患
 |  | 1. 内分泌系疾患
 |  | 1. 腎・泌尿器系疾患
 |
|  | 1. 骨・関節系疾患
 |  | 1. 視覚系疾患
 |  | 1. 代謝系疾患
 |
|  | 1. 耳鼻科、

聴覚・平衡機能系疾患 |

２　辞退分野（辞退する疾患分野すべてに○をしてください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. 消化器系疾患
 |  | 1. 神経・筋疾患
 |  | 1. 免疫性疾患
 |
|  | 1. 血液系疾患
 |  | 1. 循環器系疾患
 |  | 1. 呼吸器系疾患
 |
|  | 1. 皮膚･結合組織疾患
 |  | 1. 内分泌系疾患
 |  | 1. 腎・泌尿器系疾患
 |
|  | 1. 骨・関節系疾患
 |  | 1. 視覚系疾患
 |  | 1. 代謝系疾患
 |
|  | 1. 耳鼻科、

聴覚・平衡機能系疾患 |

３　辞退年月日　　　　　　　　　　年　　月　　日

４　辞退の理由