|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届  　　　年　　　月　　　日    群馬県知事　あて | | | | | | |
|  | | 開設者・事業所代表者 | |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 氏　　名 |  | | |  |
| 児童福祉法第１９条の１５の規定に基づき下記のとおり指定を辞退します。 | | | | | | |
| 区分  （該当するものを囲む） | 病院･診療所　　　薬局　　　指定訪問看護事業者 | | | | | |
| コ　　ー　　ド※１ |  | | | | | |
| 指定医療機関の名称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 辞　退　年　月　日※２ | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |  | |
| 辞退の理由 |  | | | | | |

※１　「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。

※２　辞退年月日は、届出の日から６０日以上の予告期間を設けた日としてください。