

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 へ

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。