指定小児慢性特定疾病指定医療機関　辞退届

　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

開設者　住　　所

 （法人にあっては所在地）

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名）

　児童福祉法第19条の９第１項に規定する指定医療機関の指定について，児童福祉法施行規則第７条の37の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医 療 機 関 名 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 辞退年月日 ※ | 年　　　月　　　日 |
| 辞 退 理 由 |  |

※児童福祉法第19条の15の規定により「指定小児慢性特定疾病医療機関は，一月以上の予告期間を設けて，指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退することができる」こととされていることから，届出日から一月以降の日を「辞退年月日」として記載すること。