指定小児慢性特定疾病指定医　辞退届

　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

指定医番号

氏　　　名

　児童福祉法第19条の３第１項に規定する指定医の指定について，児童福祉法施行規則第７条の15の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医氏名 |  |
| 連　絡　先 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　） |
|   | 医療機関名 |  |
| 主たる勤務先 | 所 在 地 |  |
| の医療機関 |  電話番号 |  |
|  | 担当する診 療 科 |  |
| 辞退理由 |  |
| 辞退年月日※ |  |

※児童福祉法施行規則第７条の15の規定により「指定医は、６０日以上の予告期間を設けて、そ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６０日以降の日を「辞退年月日」として記載すること。