


指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

該当するものに ○をつけて ください。	病院・診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者		
保険医療機関等	名 称		
	所 在 地		
開設者	住 所		
	氏名又は名称		
	代表者 (訪問看護事業 者のみ)	住所	
		氏名	
辞退する理由			
	(辞退年月日： 年 月 日)		
<p> 児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、上記の理由により辞退したいので届け出ます。 </p> <p style="text-align: center;"> 年 月 日 </p> <p style="text-align: center;"> 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) </p> <p style="text-align: right;">  </p> <p> 鳥取県知事 様 </p>			